

## DO DIAGNÓSTICO AO LUTO: O CUIDADO HUMANIZADO DA MORTE E SEUS PROCESSOS, DENTRO DO SERVIÇO DE SAÚDE

**Thereza Cristina de Arruda Salomé D'Espíndula**, psicóloga, CRP 08/04776; especialista em Bioética e mestranda em Filosofia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil; conselheira do CRP-08, gestão 2004-2007; coordenadora da Comissão de Tanatologia do CRP-08 de 2004-2011; membro do Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR. E-mail: [therezapsi@gmail.com](mailto:therezapsi@gmail.com)

### RESUMO

Importância do tema na área: Ao procurar um serviço de saúde, o paciente necessita de cuidados não somente físicos, mas também os de cunho humanitário, sobretudo quando se trata de enfermidade de mau prognóstico, principalmente na atualidade, na qual não há espaço para se falar da morte. Ela está frequentemente associada a um evento ocorrido no interior dos hospitais; seu nome é sussurrado e sua presença se faz um tabu. A morte, certeza para todos, leva ao rompimento de vínculos, perda de papéis e um luto de duração variada. Diante da finitude humana, é imprescindível ter-se sempre muito claros os processos de morte, de morrer, bem como o luto e as perdas. Trazer à tona tais assuntos, portanto, é primordial para um incremento do cuidado humanizado, bem como para a prevenção de dificuldades maiores, quer na área física, quer na emocional. Para tal, é preciso levantar pontos e discutir atitudes que mostram a importância da argumentação sobre o tema da morte no interior das instituições de saúde, especificamente em relação às equipes de saúde, a pacientes terminais e suas famílias, caracterizando um atendimento humanizado. Isso será realizado através da análise e revisão de literatura pertinente, a qual se deu a partir de vivência em ambiente hospitalar; de coordenação e colaboração em grupos de discussão sobre o tema; e de participação e organização de eventos relativos à tanatologia. O presente trabalho traz, inicialmente, a conceituação de morte, de perdas e de luto, seguido de um breve histórico sobre a morte e de como ela é vivenciada nas diversas faixas etárias. A seguir, estabelece diferenças entre o que se poderia chamar de “morte inesperada”, em contraposição a uma “morte aguardada”. O primeiro caso se dá quando da instauração de uma situação de violência, acidente ou mal súbito, enquanto que o segundo – foco maior deste trabalho – diz respeito ao indivíduo acometido por um mal com poucas chances de cura ou um sofrimento permanente. Neste último costuma-se dispor de maior tempo para um trabalho humanizado com pacientes, familiares e cuidadores e pode ser dividido em cinco fases, a partir de estudos realizados, quais sejam a negação, a raiva, a barganha, a depressão e a aceitação. Como um paciente grave, com risco de morte, o indivíduo pode reagir de diferentes maneiras, conforme sua personalidade, sua cultura, sua faixa etária, seu estilo e modo de vida. No que concerne aos profissionais ligados à área de saúde, frequentemente sua formação acadêmica está estritamente voltada a prepara-los para um trabalho técnico e, diante de um paciente próximo da morte, eles se



## II Congresso de Humanização I Jornada Interdisciplinar de Humanização

Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.

Realização:



Apoio:



Apoio:



sentem desconfortáveis e confusos. Seria necessário um trabalho que permitisse a prevalência da dimensão do humano junto a pacientes e familiares, para facilitar o fluxo de informações e um tratamento respeitoso, oferecendo atenção, empatia e solidariedade. Quando ao paciente não é revelado seu diagnóstico, isso pode significar que ele está sendo visto por todos como incapaz de suportar tal informação e situação, o que pode impedir-lhe de lidar com esse momento, de elaborar e rever suas expectativas e fantasias sobre esta situação e mesmo de resolver pendências afetivas e econômicas. Quanto à família, frequentemente esta se sente impotente diante da dor de seu familiar atendido e sofre em conjunto com ele. Cabe à equipe de saúde fazê-la compreender o que se passa, seja qual for a gravidade, para que ela se sinta amparada e reconfortada, verbal e emocionalmente. Cabe também à equipe certifi-cá-la de que será feito todo o possível pelo paciente e de que isso se dará do melhor modo, quer tecnicamente, quer em relação a um cuidado humanizado. Conclusões: Apresentam-se algumas necessidades específicas e é preciso um enorme cuidado para que tanto pacientes, quanto familiares ou cuidadores não se sintam seres sem significado, pois curar e cuidar são atitudes de extrema importância dentro do contexto da saúde, jamais podendo ser descartada a importância da dimensão do humano. Infelizmente, não há cura conhecida para a dor daquele que morre ou daqueles que perdem uma pessoa amada, pois somos parte uns dos outros. Então, é igualmente importante que o cuidado envolva pacientes, famílias e cuidadores, trabalhando pela reinserção do fenômeno morte na cultura ocidental atual, acreditando ser esse um meio de apontar a vida em sua forma íntegra.

**Palavras-chave:** Morte. Humanização. Cuidado



## II Congresso de Humanização

### I Jornada Interdisciplinar de Humanização

Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.

Realização:



Apoio:



Apoio:



## 1 INTRODUÇÃO

Desde há muito o homem vê a ocorrência da morte e com isso tal evento foi se tornando uma certeza. Apesar disso, o homem de hoje sabe-se mortal, mas crê subjetivamente que não o seja; nas culturas ocidentais principalmente, onde a morte é aguardada com certo temor do desconhecido, todos esperam que ela possa jamais se fazer presente ou, pelo menos, que possa ser eternamente adiada.

Conforme Kübler-Ross, “embora todo homem, por seus próprios meios, tente adiar o encontro com estes problemas e estas perguntas enquanto não for forçado a enfrentá-los, só será capaz de mudar as coisas quando começar a refletir sobre a própria morte” (1987, p.29). Saber da inevitabilidade da morte não torna mais fácil a espera dela; pelo contrário, a morte tende a ser vista como um evento longe do natural, do esperado. Em meio a equipes de saúde e pessoas que tem o cuidado como tarefa, ela tende também a ser encarada como um fracasso, uma luta que teve a morte como vencedora.

Ao longo da trajetória de vida, cada ser humano vai estabelecendo vínculos, quer seja com seres vivos, situações ou objetos, quer com outros seres humanos. No momento de sua partida, tais vínculos são rompidos, gerando uma consecutiva perda de papéis e um luto de duração variada, deixando no ar uma sensação de vazio que perdura por algum tempo, variável este em conformidade com diversas condições.

Seja como for, cada partida sempre irá se compor de alguém ou algo que é perdido e alguém que permanece, lamentando tal perda. Para este artigo não será levado em conta a possibilidade de seres sencientes lamentarem de algum modo a perda de seres humanos; abordar-se-á aqui exclusivamente seres humanos que lamentam a perda de seus pares ou de algo que é perdido.

## 2 CONCEITOS FUNDAMENTAIS



### **II Congresso de Humanização** I Jornada Interdisciplinar de Humanização

Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.

Realização:



Apoio:



Apoio:



Este capítulo se compõe de informações fundamentais para entender melhor do que se está falando quando se aborda o tema morte. Toda morte envolve, além da morte em si mesma, processos de perdas e de luto. Outro ponto importante é que a morte tem uma historia, isto é, não foi desde sempre vista como é vista hoje, principalmente no que concerne às sociedades do Ocidente. Ainda é preciso lembrar que a morte não é compreendida da mesma forma por crianças e adultos, por exemplo. A cada fase do desenvolvimento humano está ligada também uma possibilidade de compreensão e de lidar com a morte.

Portanto, este capítulo terá como objetivo principal de trazer à compreensão do leitor um pouco mais sobre morte, antes de falar acerca do cuidado humanizado nas instituições de saúde.

## 2.1 MORTE, PERDAS E LUTO

### 2.1.1 A morte

Todas as representações de que se dispõe sobre a morte e o morrer estão permeadas por valores, crenças, informações essas advindas da cultura e da ciência. De acordo com a crença individual, a morte pode ou não representar o final da vida; pode ser colocada como um fim ou como parte de um ciclo. Discussões religiosas à parte, ela tem como características inegáveis a universalidade, já que pode ocorrer em qualquer parte; a inevitabilidade, já que se faça o que fizer, ela vem a ocorrer de qualquer forma e a irreversibilidade, já que aqueles que se foram não mais voltam.

Com o passar dos séculos, o fenômeno da morte vem adquirindo como característica uma estranha "ausência de naturalidade", cercado-se de algum preconceito, como se não fossem todos os viventes algum dia passar por ela. Muitas vezes isso faz com que ela tenha para as equipes de saúde um caráter



## II Congresso de Humanização I Jornada Interdisciplinar de Humanização

Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.

Realização:



Apoio:



Apoio:



de fracasso, de que deixaram que ocorresse aquilo que não deveria nunca ter ocorrido, como se alguém que pudesse impedi-la não o tivesse feito.

### 2.1.2 As perdas

Perdas são fenômenos recorrentes ao longo da vida de cada indivíduo, ocorrendo todos os dias para todos os seres, não se encontram necessariamente vinculadas à morte. Algumas mais significativas geram reações pessoais e abaladoras, levando aqueles que por elas passam uma sensação desprazerosa de medo, de angústia ou de solidão e, muitas vezes a um somatório de todas, em uma inegável semelhança com a morte.

Mesmo as perdas de pequeno porte costumam precisar de algum tempo para serem elaboradas. Temporárias ou definitivas, a maneira com cada um reage terá influência de fatores diversos como o desenvolvimento emocional e cognitivo, a faixa etária, a cultura, as circunstâncias da perda, a dinâmica familiar e diversos fatores sociais.

### 2.1.3 O luto

Costuma-se definir luto como uma reação inevitável a qualquer perda, seja esta última no âmbito do real ou mesmo do simbólico. Esta reação é natural e essencial para que ocorra a aceitação elaboração da perda, pois não há como perder e não sentir, sentir e não sofrer ou entristecer-se. Como tal, o luto está vinculado a momentos mais ou menos intensos de dor, sofrimento e tristeza, nos quais o pensamento não se separa daquilo que foi perdido e há muitas vezes o embotamento de outras funções.

O luto é tanto um processo de abandono de esquemas conhecidos quanto de aprendizagem de novos esquemas. Pode ser ou não a causa de dor física, mas frequentemente gera desconforto e altera funções orgânicas.

A experiência de vivenciar um luto pode fortalecer e trazer maturidade a quem o vivencia; segundo Parkes,



## II Congresso de Humanização I Jornada Interdisciplinar de Humanização

Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.

Realização:



Apoio:



Apoio:





A dor do luto é tanto parte da vida quanto a alegria de viver; é talvez o preço que pagamos pelo amor, o preço do compromisso. Ignorar esse fato ou fingir que não é bem assim é cegar-se emocionalmente, de maneira a ficar despreparado para as perdas que irão inevitavelmente ocorrer em nossa vida, e também para ajudar os outros a enfrentar suas próprias perdas. (1998, p.23)

Há um tempo ideal de luto para cada um, dependente este de uma série de fatores, mas o luto pode se prolongar e complicar, acompanhado de um estado incapacitante, depressivo, doenças, contínuo desconforto e aumento na dificuldade para lidar com perdas subseqüentes, necessitando de auxílio profissional para ser finalizado adequadamente, visto que este tende a se tornar um obstáculo para o desenvolvimento pessoal, dificultando lidar com perdas posteriores e tornando o individuo ainda mais fragilizado.

Considera-se em termos gerais que um luto está finalizado quando existe novamente a presença da pessoa ou objeto perdido internamente e em paz e há novamente espaço disponível para outras relações.

Conforme Fischer et al.,

torna-se importante para o trabalho de luto o exercício de reflexão e avaliação das experiências de perdas e ganhos ao longo da vida. É importante trazer à consciência o sentido e o valor daquilo que se perdeu, os sentimentos e as sensações, além de explorar e desvendar o que foi tomado como próprio na relação estabelecida com objeto perdido. (2007, p.18)

## 2.2 A CONTEXTUALIZAÇÃO DA MORTE

É importante lembrar que no momento histórico atual não há espaço para a morte, havendo até mesmo um temor direcionado a ela. Tão importante quanto isso é lembrar que, ao longo da historia humana do ocidente nem sempre as coisas se passaram desse modo. Durante a Idade Média, o homem jamais temeu a morte, aceitando-a com a naturalidade com se aceita hoje um nascimento; a morte lenta – geralmente fruto de doenças cuja cura estava



## **II Congresso de Humanização** I Jornada Interdisciplinar de Humanização

**Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.**

Realização:



Apoio:



Apoio:



longe de ser conhecida ou de ferimentos de batalha, cuja gravidade ia paulatinamente tomando o corpo – mostrava-se o ideal de todos, pois assim era possível reunir em volta do leito do moribundo todos aqueles com quem ele convivera, propiciando despedidas, orientações e recomendações.

Sucedeu-se a este um novo tempo em que já havia a preocupação com a morte e o que poderia vir a ocorrer (ou não) depois desta; o homem da época tentou se precaver contra os castigos divinos pedindo a orientação de seus mestres e entregando-se de corpo e alma as recomendações destes. Não demorou muito e já havia também a preocupação direcionada aos sobreviventes, àqueles entes queridos que ficarão neste mundo após a sua partida. A morte começava a ganhar características de perda, de ausência, de abandono; pranteavam-se os mortos de forma diversa da de outros tempos e o próprio moribundo entristecia-se por deixar os seus.

Alguns séculos depois tinha início o quadro com que ora nos deparamos; a morte deixou de ter as características de um evento natural para adquirir características de algo contra o qual se deve lutar incessantemente. O desenvolvimento biotecnológico, com a descoberta de microorganismos causadores de doenças, de fármacos e de exames dentre outros marcou profundamente a civilização do século XX, levando-a paulatinamente a uma suspeita de que não se deve morrer e/ou de que a morte pode ser controlada. Se não isso, uma intenção clara de que a morte possa ser adiada indefinidamente. Médicos e demais profissionais de saúde, hospitais e UTIs parecem corroborar com essa opinião.

Deu-se então o que o historiador Philippe Aries denominou a morte interdita: para mantê-la distante dos olhos e assim, perdida no acaso de vez por outra se ouvir falar nela, a morte foi banida para o interior dos hospitais, seu nome é falado em voz baixa e sua presença se fez um tabu.

### 2.3 A MORTE NAS DIVERSAS FASES DO DESENVOLVIMENTO



## **II Congresso de Humanização** I Jornada Interdisciplinar de Humanização

**Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.**

Realização:



Apoio:



Apoio:



### 2.3.1 A morte na infância

A morte, mantida hoje fora das vistas das crianças, parece não existir para elas, exceto quando alguém muito próximo se vai ou quando é a própria criança acometida por um mal que a levará a morte em um abreviado tempo. De acordo com a faixa etária em que se encontra, essa criança terá ou não a noção da morte como experiência definitiva, mas qualquer que seja a idade terá a influencia do luto dos adultos à sua volta. Esconder-lhes a verdade, quer sejam elas as doentes ou as que aqui permanecerão, tende a prejudicar e perturbar seu processo de luto, muitas vezes negando-lhe a chance das despedidas, das explicações mais claras acerca do que se passa à sua volta. Quando não lhe fala da morte, o adulto imagina a estar protegendo, mas na verdade, acaba por fazer a criança se sentir confusa e desamparada, sem ter com quem conversar, perturbando seu processo de luto. (KOVACS, 1992, p.49-50).

Nessa fase, a separação definitiva pode significar um problema, uma vez que nem todas as crianças o compreendem claramente e as que compreendem têm dificuldades em lidar com a irreversibilidade do fato. A presença de adultos capazes de compartilhar da mesma crença que ela e/ou de colocarem-se disponíveis para praticar um acolhimento é fundamental.

Às crianças ditas terminais, devido a doenças graves, ocorrem ainda o medo do sofrimento e da dor pelos quais provavelmente irão passar, além do tratamento em si e da separação dos seus, essa última muitas vezes tão ou mais dolorosa do que a própria doença. O adulto que acompanha a criança terminal deverá estar preparado para oferecer-lhe informações acerca do que se passará com ela, numa linguagem adequada, bem como mostrar-se pronto a acolhê-la em sua dor e suas angústias. Um profissional adequado poderá orientar as famílias sobre como proceder, auxiliando a elaboração da perda numa condição de luto saudável para todos.

### 2.3.2 A morte na adolescência



## II Congresso de Humanização

### I Jornada Interdisciplinar de Humanização

Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.

Realização:



Apoio:



Apoio:





A adolescência por si só já representa um período de lutos a serem laborados: o luto de não ser mais criança, o luto do corpo que sofre contínuas e intensas mudanças, o luto das crenças e brincadeiras que permeiam a infância, dentre outros. Nessa fase existe geralmente uma explosão de emoções e sentimentos e uma intensa vivência daquilo que acontece; os adolescentes são aqueles que choram intensamente e conseguem, no momento seguinte, rir com a mesma intensidade; sentem amor e ódio extremos, às vezes até por uma mesma pessoa. Vivem intensamente, enfim, não havendo um espaço claro para ser ocupado com as preocupações com a morte, exceto quando esta ocorre com alguém próximo, evento que tende a assustá-los pelo impacto que causa. Com o crescimento vertiginoso dos atos de violência nas grandes cidades, o adolescente passa a estar cada vez mais sujeito a passar por tais situações.

Como adolescentes que são, já conseguem reconhecer as características essenciais da morte e até mesmo discutir o assunto. Aqueles que têm a morte ainda como um evento longínquo, podem apresentar, com alguma frequência, comportamentos de risco como beber e dirigir ou outros.

### 2.3.3 A morte na idade adulta

A passagem para a fase adulta traz em si grandes perdas, associada também à aquisição de grandes responsabilidades. Ao adulto não cabem mais os sonhos de infância e nem mesmo alguns da adolescência; é preciso aceitar as limitações e inabilidades inerentes a si próprios bem como aos outros que o cercam, compreendendo que há limitações e falhas em todos.

Em contrapartida, ocorre nessa fase a aquisição de habilidade específicas, bem como de experiências, estas últimas levando a uma sensação de “sabedoria”. Com o casamento e a vinda dos filhos, aumenta sensivelmente a responsabilidade, não havendo a possibilidade de tomar decisões pensando somente em si. Quando da ocorrência de divórcios, doenças graves e perdas de emprego, mudanças mais radicais se apresentam para ele, gerando forte



## II Congresso de Humanização

### I Jornada Interdisciplinar de Humanização

Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.

Realização:



Apoio:



Apoio:



estresse e uma oportunidade de aprendizado em lidar com a morte ou a perda que se apresenta, além de proteger aqueles que estão sob sua responsabilidade. Quando este aprendizado, permeado pelas vivências de perdas anteriores, se dá de forma positiva, o adulto tenderá a sair da situação mais fortalecido e mais seguro de si.

#### **2.3.4 A morte na velhice**

Nas sociedades ocidentais, o idoso tende a se alguém desvalorizado e isolado da comunidade dos vivos, apesar dos seus conhecimentos e experiências. A cultura ocidental tende a tratar o mais velho como aquele em cujas palavras já não se pode mais crer, devido a um processo de envelhecimento ou, ainda, aquele que não conhece mais o mundo, que não acompanha mais as inovações tecnológicas da forma esperada e desejada. Nada disso precisa corresponder necessariamente à verdade, mas muitas vezes a cultura do descartável acaba por suplantando a razão, fazendo surgir um gradual esfriamento de relações com aqueles com quem mantinha vínculo, com fatos e pessoas que lhes davam sentido e segurança.

Com o avanço da idade, é comum que homens e mulheres passem por situações de perda com mais frequência. Duas são as situações características dessa fase: a aposentadoria par ambos os sexos, mas geralmente com maior peso para o sexo masculino quando este exerce o papel de provedor e o climatério (menopausa) para as mulheres, quando estas atingem uma faixa de idade na qual passa a não existir a possibilidade de engravidar e assim, de reproduzir. Para muitas mulheres essa é uma fase bastante problemática, a qual apresenta, além de sintomas físicos, a sensação da perda do status de mulher, a queda na libido e desequilíbrio hormonal, esse último felizmente já sendo superado por fármacos que, por consequência beneficiam os dois primeiros.

Como para a existência humana não há mais nenhuma fase que suceda a esta, o indivíduo que atingiu uma idade mais avançada sabe que seu fim não



## **II Congresso de Humanização** **I Jornada Interdisciplinar de Humanização**

**Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.**

Realização:



Apoio:



Apoio:



tarda (por mais longa que ainda seja a espera); os idosos que tem um menor convívio familiar costumam apresenta maior desejo de morrer enquanto o contrario também é verdadeiro: aqueles com um convívio familiar mais intenso apresentam reduzido desejo de morte. A vida da forma que se deu até então também tem a sua influencia: quanto mais satisfatória esta se apresentou, menor costuma ser a preocupação com a morte.

### 3. DIANTE DA MORTE

Há casos em que se instaura uma situação de violência, acidente ou mal súbito, cuja abordagem aqui será feita sob o título de “morte inesperada”. Em contraposição, temos os casos em que o indivíduo é apresenta acometido por um mal com poucas chances de cura ou um sofrimento permanente, em que a morte se anuncia como próxima. Chamaremos a isso de “morte aguardada”. Neste último costuma-se dispor de maior tempo para um trabalho humanizado com pacientes, familiares e cuidadores e, desse modo, será o foco maior do presente trabalho.

Ainda referente a uma morte prestes a ocorrer no interior da instituição de saúde, serão feitas abordagens específicas referentes ao paciente, sua família e a equipe de cuidadores.

#### 3.1 A MORTE INESPERADA

Circunstâncias abruptas que levam à uma morte rápida e, por conseguinte, inesperada costumam assustar a todos os familiares e amigos. Algumas vezes até mesmo a equipe de saúde se vê abalada, principalmente se a pessoa que morreu era jovem e saudável. São esses também os casos dos quais a mídia se apodera para trazer à tona violências diversas ou perversões jamais imaginadas pelo público, capazes de gerar uma comoção coletiva.



## II Congresso de Humanização

### I Jornada Interdisciplinar de Humanização

Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.

Realização:



Apoio:



Apoio:



Catástrofes que ceifam muitas vidas de uma só vez também causam esse mesmo choque, multiplicado por diversas famílias ao mesmo tempo. Ambas as circunstâncias deixam o mais claro possível que a morte pode ocorrer com qualquer pessoa a qualquer momento.

### 3.2 A MORTE AGUARDADA

Os estudos de Kübler-Ross com pacientes hospitalizados e em estado terminal foram como um farol na tempestade, no que concerne a compreensão de como se dá a morte para estes pacientes e suas famílias. Kübler-Ross dividiu então essa morte aguardada em cinco fases, que envolvem desde a notícia da doença grave até o momento último em que a morte se dá, a saber: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. A seguir, uma sucinta explanação sobre cada uma delas.

#### 3.2.1 Negação

Ocorre já na comunicação do diagnóstico pelo médico. O paciente em descrédito pode desconsiderar a gravidade do diagnóstico, desconfiar do resultado de exames e procurar a opinião de outros profissionais. Segundo Kübler-Ross, “a negação funciona como um pára-choque depois de notícias inesperadas e chocantes, deixando que o paciente se recupere com o tempo, mobilizando outras medidas menos radicais” (1987, p.50).

Segundo a mesma autora, isso não quer dizer absolutamente que haja uma recusa do paciente em falar do assunto. Pelo contrário, é importante que tal diálogo venha a ocorrer quando o paciente se mostrar preparado e disposto, assim como seu término deve se dar nas mesmas circunstâncias. (1987, p.50)



## II Congresso de Humanização I Jornada Interdisciplinar de Humanização

Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.

Realização:



Apoio:



Apoio:



### 3.2.2 Raiva

Conforme Kübler-Ross, “quando não é mais possível manter firme o primeiro estágio de negação, ele é substituído por sentimentos de raiva, de revolta, de inveja e de ressentimento. Surge, lógica, uma pergunta: ‘Por que eu?’” (1987, p.61). Representa uma enorme dificuldade em lidar, tanto para a família quanto para a equipe de saúde, pois esta raiva costuma se espalhar em todas as direções, mesmo para algumas sem razão aparente.

Para aplacar essa raiva – e por mais que assim não pareça, há razões para ela – é preciso que o paciente seja devidamente respeitado, cuidado e ouvido em suas necessidades, para que se sinta valorizado. Mesmo que esse estágio tenha duração indeterminada, com tais medidas ele tenderá a não se estender por muito tempo.

### 3.2.3 Barganha

Há na fase da barganha uma clara tentativa de adiamento, representada algumas vezes por um objetivo que o próprio paciente estabelece e que de modo algum devem ser desconsiderado pela equipe de atendimento. Esse pedido de adiamento normalmente é único, estabelecido como uma promessa ao divino que, caso seja concedida, não haverá outra. (Kübler-Ross, 1987, p.92-93)

### 3.2.4 Depressão

Sequencialmente à barganha, o paciente tende a compreender que não há acordos que se façam com o divino que o permitam estar junto aos seus por muito tempo. A perda iminente de tudo e de todos que ama leva a um estado depressivo no qual ele passa a contemplar a possibilidade de sua morte próxima.

Conforme Kübler-Ross, “se deixarmos que exteriorize seu pesar, aceitará mais facilmente a situação e ficará agradecido aos que puderem estar



## II Congresso de Humanização I Jornada Interdisciplinar de Humanização

Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.

Realização:



Apoio:



Apoio:





com ele neste estado de depressão sem repetir constantemente que não fique triste” (1987, p.97). A tristeza aparecerá a seguir, como um segundo momento do estágio de depressão, silencioso em “contraposição ao primeiro, que requer muita conversa e até intervenções ativas por parte dos outros em muitos assuntos, e o paciente tem muito para comunicar” (Kübler-Ross, 1987, p.97).

### 3.2.5 Aceitação

Ao paciente a quem tiver sido ofertado o auxílio necessário, terá a chance de chegar a esse estágio de aceitação, no qual tenderá a não sentir mais depressão ou raiva no que concerne à sua situação de terminalidade. Certamente terá tido chances de externalizar seus sentimentos pessoais, quer sejam eles positivos ou não. “Terá lamentado a perda iminente de pessoas e lugares queridos e contemplará seu fim próximo com certo grau de tranquilidade expectativa” (Kübler-Ross, 1987, p.119).

Ainda conforme os relatos de experiência de Kübler-Ross, é comum notar que um paciente cada vez mais próximo da morte diminui cada vez mais seu leque de interesses e passa a ter desejos de ficar sozinho ou distanciado de problemas e de relacionamentos. Há uma diminuição no seu desejo de estabelecer conversações, estas muitas vezes passando de verbais a não verbais. (Kübler-Ross, 1987, p.120) A equipe não deve deixá-lo só, mas colocar-se a seu dispor, tendo em vista que pacientes com os quais foi estabelecida uma relação que propiciou a exposição de seus sentimentos, reagirão melhor nesse momento próximo da morte.

## 3.3 O PACIENTE

Enquanto há saúde e qualidade de vida, os indivíduos não acorrem ao hospital a não ser para breves visitas a conhecidos que lá estão. A doença surge quando o organismo é modificado de tal modo que chega a reações



## II Congresso de Humanização I Jornada Interdisciplinar de Humanização

Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.

Realização:



Apoio:



Apoio:



catastróficas no meio que lhe é próprio, abalando e ameaçando a existência do indivíduo. (CANGUILHEM, 1990, p.148) Ao ser acometido por um mal que exija maiores cuidados, o indivíduo se transforma rapidamente em um paciente, a mercê de atendimentos, medicamentos e exames no interior da instituição hospitalar, asilado do mundo exterior.

Paciente ou não, há que ser lembrado que aquele ser humano que ali se encontra é portador de uma personalidade, bem como de desejos e expectativas. Constitui-se de um todo que envolve sua cultura, seus princípios éticos e morais, sua crença religiosa, seus valores e sua situação socioeconômica. No contexto em que se encontra, há que se relevar também o fator biológico – evidentemente diferente do desejado – e o fator emocional – frequentemente desestabilizado.

Ao adentrar ao hospital, o indivíduo perde muitas de suas características que o fazem alguém ímpar; deixa de ser funcional, é literalmente despido de suas vestes usuais, é confinado a um leito, é abordado frequentemente por pessoas que não conhecem e que, muitas vezes o submetem a procedimentos invasivos e/ou vexatórios, de modo mecânico e impessoal. O órgão doente é o objeto exclusivo de uma atenção que migra para um universo impessoal, comandada por aparelhos. Transfere-se a competência profissional para a tecnologia e a elaboração do diagnóstico por índices apresentados por máquinas. O complementar passa a exercer o papel de essencial. (SIQUEIRA, 2005, p.194-195)

Em uma equipe bem preparada, há uma prévia informação ao sujeito acerca dos procedimentos a que irá ser submetido, mas em muitas instituições isso acaba não ocorrendo, o sujeito se tornando quase um fantoche nas mãos da equipe. Incontáveis são os medos que podem assolar esse paciente, tendo em vista a pouca ou nenhuma informação acerca dos passos de seu tratamento. Sente-se à margem das decisões e distante de sua família e de tudo aquilo que conhece, compreende e em que confia. Ao ser abordado pela equipe para conhecimento de notícias sobre seu estado, ele pode reagir de diferentes maneiras, dependendo de sua personalidade, sua cultura, sua faixa



## **II Congresso de Humanização** **I Jornada Interdisciplinar de Humanização**

**Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.**

Realização:



Apoio:



Apoio:



etária, seu estilo e modo de vida. Por isso se faz deveras importante um conhecimento prévio de sua história, por parte da equipe, para que se possa minimamente ter ideia de como abordar tanto o paciente como seus familiares.

Segundo Kovacs, os pacientes gravemente enfermos apresentam algumas necessidades específicas, quais sejam:

ter alívio e controle da dor e de outros sintomas; assumir o controle sobre a própria vida; não ter o seu sofrimento prolongado com medidas que visem apenas preservar a vida e adiar a morte; não ser sobrecarga para a família e estreitar laços familiares com pessoas significativas. (KOVACS, 2008, p.550)

A mesma autora menciona ainda que pacientes que pedem para morrer devem ter averiguado o que motiva tais pedidos. O reconhecimento dos sentimentos presentes nas situações de doença grave e iminência de morte é fundamental. (KOVACS, 2008, p.550-551)

Se conversar sobre a morte e o processo de morrer fosse algo tão usual quanto falar de um nascimento ou gravidez – comenta Kübler-Ross – não haveria dúvidas relativas ao momento certo de tocar em tal assunto e a conseqüente espera pelo momento ideal, pois o paciente falaria quando lhe aproovesse dividir suas preocupações, a equipe encontraria tempo para ouvi-lo e essa parceria traria a todos um incremento de alívio e de esperanças. (Kübler-Ross, 1987, p.149) Quanto mais chances houver de que o paciente aceite a morte, mais eles serão capazes de um desapego tranquilo, o que será para eles de grande ajuda, uma forma de conforto e de consolo e não de ressentimentos ou pesar. (Kübler-Ross, 1987, p.179)

Hospitais e instituições de saúde afins não costumam propiciar a manutenção do contexto cultural daqueles que á se dirigem par atendimento; evidencia-se apenas a necessidade da analgesia. Ao buscar ajuda, é bom lembrar que o individuo já costuma apresentar uma tendência ou não a estabelecer vínculos, mas cabe àqueles que vão lhe prestar assistência a sensibilidade para fazer emergir esses vínculos. Em uma época na qual os atendimentos tendem a serem executados de forma cada vez mais



## **II Congresso de Humanização** I Jornada Interdisciplinar de Humanização

**Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.**

Realização:



Apoio:



Apoio:



massificada, sem a devida atenção individual, cada profissional terá que fazer a sua parte, relevando o benefício que suas atitudes trarão ao usuário da saúde.

Conforme D'Espíndula e Santos,

Num equilíbrio entre o possível e o necessário, o atendimento pode variar entre o individual ou em grupo, entre pacientes e equipes, entre Unidades de Saúde e núcleo familiar. A criação de equipes multidisciplinares, bem como a luta pela humanização dos atendimentos, vem tentar mudar esse perfil, resgatando a subjetividade daquele que sofre e sente as limitações às quais a dor está associada (2009, p.9)

Há ainda certos grupos de pacientes que não podem ser deixados de lado nessa abordagem, cujo atendimento, além das intervenções técnicas, apresenta dificuldades extras à equipe de saúde. Suicidas, assassinos malfeitores em geral, quando essa informação é trazida juntamente com a necessidade de atendimento, costumam demandar da equipe uma reação não de compaixão, como seria de se esperar, mas um distanciamento. Salvar a vida de alguém que não zelou por sua própria existência, que não se importou em tirar uma vida ou não se importaria em fazê-lo traz uma sensação incomoda para a equipe, como se este indivíduo talvez não “merecesse” o esforço que será feito para salvá-lo, o material que nele será usado ou o leito que certamente ocupará, em detrimento de outros que apresentam igual necessidade de socorro e tratamento.

É preciso que haja um respaldo para a equipe, para que este paciente não venha a sofrer os reflexos destes pensamentos que, na verdade podem ocorrer de forma muito mais frequente do que se imagina. Pois se esses pacientes se encontram em estado tão vulnerável quanto qualquer outro, a equipe também apresenta, por seu turno, receios diversos acerca das consequências de sua atuação.

De qualquer forma, é preciso um enorme cuidado para que aqueles que estão próximos da morte não se sintam seres sem significado. Senão, conforme Elias, “esta pessoa estará verdadeiramente só” (ELIAS, 2001, p.75)



## **II Congresso de Humanização** **I Jornada Interdisciplinar de Humanização**

**Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.**

Realização:



Apoio:



Apoio:



### 3.4 A FAMÍLIA

Se não for levada em conta a família do paciente terminal, não há como ajudá-lo com eficácia. No período da doença, os familiares desempenham papel de suma importância e suas reações muito contribuem para a própria reação do paciente. (Kübler-Ross, 1987, p.163) O doente também pode ser de algum auxílio quando ele é capaz de enfrentar a proximidade de sua própria morte com naturalidade e “mostrar com seu próprio exemplo como é possível morrer tranquilamente, [e assim] os familiares se lembrarão de sua força e suportarão com mais dignidade a própria tristeza” ((Kübler-Ross, 1987, p.167) Desse modo, durante o período final da doença, a família é que precisa de maior apoio, não tanto o paciente. Se for explicado à família o sentido deste desligamento, podem ser evitados problemas futuros.

Na quase totalidade das vezes, a família se sente impotente diante da dor de seu familiar atendido e sofre em conjunto com este. Há uma tendência geral a esconder do doente os sentimentos, tentando aparentar alguma esperança na cura. Seus membros experimentam diferentes estágios na adaptação à nova situação de perda iminente de um ente querido e há alterações em sua rotina conforme as atitudes e a condição do paciente, bem como do conhecimento que tem de seu estado e prognóstico.

A frustração costuma tomar conta da família, tendo em vista sua inabilidade em cuidar ou mesmo estar com o paciente. Aliado a isso, costuma haver sentimentos de culpa, medo e vergonha, bem como o desejo de ter tempo para recuperar oportunidades perdidas e para se despedir adequadamente. Importante é que tenham a oportunidade de desabafarem seu pesar, quer entre si ou com um profissional preparado para tal, pois quanto melhor conseguirem fazê-lo antes da morte, melhor conseguirão suportá-la depois. Quando os familiares têm habilidade de compartilhar suas preocupações, de conversarem e chorarem juntos, costumam ter também mais tempo hábil para tratar de assuntos importantes, visto que deverão estar sob menor pressão. Se, pelo contrario cada membro guarda as preocupações somente para si, isso dificulta a preparação para lidar com a partida de seu



## **II Congresso de Humanização** I Jornada Interdisciplinar de Humanização

**Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.**

Realização:



Apoio:



Apoio:





ente querido.

A família também irá vivenciar as mesmas fases do luto elencadas por Kübler-Ross, não necessariamente em consonância com o paciente e nem mesmo passando linearmente de uma fase a outra; sempre haverá a possibilidades de idas e vindas, de aceitações seguidas de novas negações. A forma de lidar com as fases do luto vai depender da estrutura emocional de cada membro da família, do momento da vida em que se estes se encontram, da relação preexistente entre eles, da ambivalência de sentimentos em relação ao ente querido, dentre outros.

De todo modo, as necessidades da família irão variar bastante, do momento em que a doença se instaura até o instante final e permanecerão presentes algumas por muito tempo após a morte. As últimas semanas ou dias são sempre difíceis e vão exigir da família a união, a habilidade de comunicação e a existência e compreensão dos amigos próximos, a utilização eficaz dos recursos disponíveis, saber lidar com suas próprias emoções, compreender as necessidades daquele que está para morrer e, por fim, preparar-se para a continuidade da vida familiar. (FRANCO, 2008, p.568-569) Seria desejável ainda que seus membros procurassem manter um equilíbrio entre ser útil ao paciente e manter o respeito as suas próprias necessidades, mantendo suas reservas de energias.

Quando o membro adoecido morre, os problemas familiares não se vão com ele; embora muitos problemas possam ser minimizados em conversas anteriores á morte, o vazio só então se faz sentir definitivamente e seria ideal que as famílias pudessem ter o conforto de amigos e a assistência de profissionais preparados, ajudando-os a superar o luto.

Cabe à equipe de saúde faze-la compreender o que se passa, seja o quadro de maior gravidade ou não, para que esta se sinta amparada e reconfortada, verbal e emocionalmente. Cabe também à equipe certifica-la de que será feito todo o possível por seu ente querido e de que isso se dará do melhor modo, que tecnicamente, quer na dimensão do cuidado humanizado. “A



## **II Congresso de Humanização** **I Jornada Interdisciplinar de Humanização**

**Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.**

Realização:



Apoio:



Apoio:



ajuda mais significativa que podemos dar a qualquer parente, criança ou adulto, é partilhar seus sentimentos antes que a morte chegue, deixando que enfrente estes sentimentos, racionais ou não” (Kübler-Ross, 1987, p.185).

A mesma autora sugere que

Deixem o parente falar, chorar ou gritar, se necessário. Deixem que participem, conversem, mas fiquem a disposição. É longo o período de luto que tem pela frente, quando tiverem sido resolvidos os problemas com o falecido. E necessita de ajuda e assistência desde a confirmação de um chamado “mau diagnóstico”, até os meses posteriores à morte de um membro da família. (Kübler-Ross, 1987, p.184-185)

### 3.5 A EQUIPE DE SAÚDE

Chamamos de equipe de saúde o grupo formado por todos aqueles profissionais pertencentes à área de saúde, responsáveis por propiciar conforto e bem-estar ao paciente no interior do hospital. Normalmente compõe-se de auxiliares, técnicos e profissionais de nível superior de diversas áreas e que atuam em conjunto sob um mesmo paciente, cada um em sua área de conhecimento, mas zelando por um atendimento integrado, no qual o paciente possa vir a se sentir o mais confortável possível durante sua estada. É essa equipe quem vai cuidar das necessidades básicas do paciente e colocar em prática as decisões tomadas a seu respeito.

No entanto, frequentemente a formação acadêmica dos profissionais ligados à área de saúde está estritamente voltada a prepará-los para o trabalho técnico, destinado a curar, tratar e prolongar a vida. Dificilmente abordam a necessidade de dar assistência humanizada a pacientes que não vão sobreviver ou temas ligados à morte e ao morrer, como se todos os pacientes pudessem ter revertidos seus estados. Tampouco são abordados temas ligados à emoção de se lidar com um paciente e seus familiares diante da terminalidade, o que acaba por vulnerabilizar a equipe quando esta se vê frente a tais situações. Casellato crê que



## II Congresso de Humanização

### I Jornada Interdisciplinar de Humanização

Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.

Realização:



Apoio:



Apoio:



O conhecimento científico gera muitas vezes, na equipe de saúde, um sentimento de onipotência que é sacudido diante da morte de um paciente. Faz-se necessária a revisão dos currículos dos profissionais, os quais carecem de disciplinas que abordem os temas de morte, do luto e do processo de morrer (2005, p.142).

Muitas equipes pouco ou nada preparadas sentem-se desconfortáveis e confusas quando em momentos mais complicados. Algumas famílias mencionam na conseguir contato com membros da equipe para saber da evolução do paciente ou mesmo quando o conseguem, o membro abordado exige-se de maiores informações, transferindo a responsabilidade dessa informação para membros ausentes. Escusado mencionar que a equipe, quando em contato com familiares, está também de alguma forma em contato com os sentimentos destes em relação ao paciente, suas expectativas de recuperação de seu ente querido ou ao menos de informações claras, objetivas e precisas acerca de seu estado. Faz-se necessária então a prevalência da dimensão do humano, não se furtando a oferecer informações, tratando-os com respeito, oferecendo atenção, empatia e solidariedade.

É compreensível que ao lidar com tantos e tão diversificados pacientes e suas dores, a equipe procure manter-se afastada, visto que seria mais complicado sobreviver enquanto equipe de saúde caso se implicassem com cada paciente em particular. Mas há um abismo entre esse comportamento e aquele que se presencia comumente, isto é, o de isentar-se de qualquer contato com os pacientes que não sejam de estrita necessidade técnica. Por mais que a equipe assim o deseje, todo o aparato técnico não explica as questões referentes à dimensão humana, principalmente no que concerne ao controle e ao domínio da morte e da mortalidade, o que acaba por gerar impotência angústias e até mesmo ameaças à integridade psíquica diante de situações estressantes. “As angústias com relação ao próprio desempenho diante de cada paciente estão relacionadas ao sentimento de fracasso e de culpa que, ao serem compartilhados com colegas de equipe, podem ser ressignificados e racionalizados” (CASELLATO, 2005, p.139).



## **II Congresso de Humanização** **I Jornada Interdisciplinar de Humanização**

**Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.**

Realização:



Apoio:



Apoio:



No mesmo patamar de importância está a reflexão dos profissionais acerca de suas vivências pessoais e de como essas interferem na sua prática, pois é fundamental o cuidar daquele que cuida, o qual se não tiver a oportunidade de “elaborar e expressar suas angústias diante da morte do outro, dificilmente conseguirá também modificar seu comportamento e, muito menos, se preparar melhor para lidar com o paciente morrendo” (CASELLATO, 2005, p.119). Se não há essa possibilidade, de compartilhar as emoções, elas, reprimidas ou ignoradas, culminam por acarretar um grande desgaste, tanto físico quanto emocional.

O profissional de saúde não detém o poder sobre a morte e apresenta dificuldade de compreender que a morte deve ser vista como um processo natural. Quando sobrevém a possibilidade de morte próxima de um determinado paciente, isso traz à tona a cada membro da equipe o medo da perda de seus entes queridos, bem como o de sua própria partida, pois apesar da morte fazer parte de sua rotina de trabalho, geralmente não se dá conta de seu sofrimento ao entrar em contato com ela. Muitos comentam que o mais difícil, muitas vezes, não é ver o paciente morto, mas acompanhar o seu morrer.

Atuando continuamente em um espaço físico dominado por dor, sofrimento e vulnerabilidade, esses profissionais acabam por vivenciar uma situação de exclusão e isolamento social análoga aquela de seus pacientes. “É importante que os profissionais saibam que não estão sozinhos em seus sentimentos, que os outros colegas de trabalho partilham das mesmas emoções, dificuldades e angústias” (CASELLATO, 2005, p.144). Essa circunstância deve ser continuamente trabalhada por profissional adequado, a fim de propiciar a equipe certa tranquilidade em seu trabalho e sua vida familiar, reforçando os laços entre todos, dignificando suas ações e suavizando os últimos momentos do paciente e de seus familiares com ele.

E ainda, é de suma importância, conforme D’Espíndula e Santos,

que este profissional também possa reconhecer-se como pessoa, com todo o direito de se deparar com suas fraquezas, frustrações e



## **II Congresso de Humanização** **I Jornada Interdisciplinar de Humanização**

**Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.**

Realização:



Apoio:



Apoio:



dificuldades. Não se pode desconsiderar o ambiente estressante onde atua, nem tampouco sua formação, quase sempre excessivamente racional. Há que se observar ainda a sua própria qualidade de vida, seu auto-cuidado em relação a sua saúde física, psicológica, social e espiritual. (2009, p.10)

Nesse imenso espaço intermediário se insere a humanização, a compreensão da dor do outro, um simples “bom dia”, a explicação sobre os procedimentos que serão efetuados a seguir, um toque físico de carinho, um minuto ou dois dirigidos a um paciente que se sinta solitário.

### 3.5.1 Noticiando um mau prognóstico ao paciente e sua família

Cicely Saunders, a precursora da ação de cuidados paliativos, costumava dizer que “o sofrimento só é insuportável quando ninguém cuida.” Assim, é importante lembrar que quando não há mais nenhuma cura, ainda há o tratamento para alívio e bem-estar do paciente, bem como o alento a seus familiares, ao verem-no em condições confortáveis nos últimos momentos. Auxiliar aquele que está morrendo implica em conforto físico, com qualidade de respiração e ausência de dor, bem como em conforto psíquico, em local mais agradável, presença de familiares e escuta e atendimento de seus últimos anseios e necessidades.

Kübler-Ross costumava mencionar a importância do vínculo equipepaciente, dizendo da importância de

comunicar ao paciente que nem tudo está perdido; que não vai abandoná-lo por causa de um diagnóstico; que é uma batalha que têm de travar juntos – paciente, família e médico – não importando o resultado final. Esse doente não temerá isolamento, abandono, rejeição, mas continuará confiante na honestidade do seu médico, certo de que se algo houver a ser feito, é juntos que o farão. (Kübler-Ross, 1987, p.40-41)

Em contrapartida, se o paciente não tem seu diagnóstico revelado, isso pode significar que ele está sendo visto por todos como incapaz de suportar tal informação e situação, o que pode impedir-lhe de lidar com esse momento, de



## II Congresso de Humanização I Jornada Interdisciplinar de Humanização

Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.

Realização:



Apoio:



Apoio:





elaborar e rever suas expectativas e fantasias sobre esta situação e mesmo de resolver pendências afetivas e econômicas.

Quando se trata de familiares, há que se levar em conta que o fato noticiado repercutirá diferentemente em cada um de seus membros, dependendo de sua personalidade, de seu momento pessoal e do tipo de vínculo que mantém ou mantinha com o paciente. Pessoas que elaboraram melhor os lutos anteriores de sua vida tendem a reagir melhor em tal situação. Especial atenção deve se dada àqueles que não parecem manifestar nenhuma emoção, apesar de estreito vínculo com o paciente, pois estes podem necessitar de cuidados psicológicos e até mesmo médicos em pouco tempo.

Fundamental se faz lembrar, portanto, que

As pessoas têm uma dignidade que pode e deve ser objeto de respeito. É preciso que não lhes seja negado o direito de decisões conscientes, de acordo com aquilo que lhes faça sentido, balizado pelo conhecimento amplo da situação em que se encontram. Para que assim se dê, é preciso implantar uma política de assistência e cuidado que não veja dor e sofrimento como um mero problema técnico, valorizando suas dimensões física, psíquica, social e espiritual, sendo necessário dar ênfase ao cuidado solidário, unindo competência técnica e humanização (D'Espíndula e Santos, 2009, p.8).

#### 4. CONCLUSÃO

Como já mencionado, a cultura atual traz à tona a morte como um fenômeno temível e temido por todos. Nesse medo maior, poder-se-ia embutir uma série de outros medos menos visíveis – mas nem por isso menos importantes – tais como o medo da sua própria morte, o medo da morte do outro, o medo de sofrer para chegar à morte, o medo do que poderia advir depois dela, aquele de se sentir só, o medo em função do tempo que pode restar, o medo da separação, da sensação de abandono, do desconhecido, das circunstâncias socioeconômicas, dentre tantos outros.

Não haverá solução possível enquanto a escolha não for a de lidar com esses medos e com as causas dele, ou corre-se o risco de “somente aumentamos o nosso medo, perpetuamos os problemas e perdemos a



## II Congresso de Humanização

### I Jornada Interdisciplinar de Humanização

Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.

Realização:



Apoio:



Apoio:



oportunidade para nos preparar para as mudanças que são inevitáveis em um mundo em transformação” (PARKES, 1998, p.245).

Ao ser informado clara e sinceramente acerca de seu estado terminal, um paciente passa a ter a oportunidade de expressar seus desejos, despedir-se daqueles que lhe são caros e até mesmo resolver questões que, de outra forma, ficariam pendentes. Conforme Parkes, “o desejo de olhar de frente para os problemas do luto e do enlutamento, em lugar de voltar às costas para eles, é a chave para um trabalho bem sucedido com o luto, para o que sofre, o que o ajuda, o planejador e o pesquisador” (PARKES, 1998, p.245).

Não há cura conhecida para a dor daquele que morre ou daqueles que perdem uma pessoa amada, informa Elias, pelo simples fato de que somos parte uns dos outros. (ELIAS, 2001, p.76) Diante da inevitável finitude humana, é imprescindível ter-se sempre muito claros os processos de morte, de morrer, bem como o luto e as perdas. Trazer à tona tais assuntos é primordial para um incremento do cuidado humanizado, bem como para a prevenção de dificuldades maiores, quer na área física, quer na emocional. Para isso é necessário cuidar igualmente de pacientes e cuidadores, trabalhando pela reinserção do fenômeno morte na cultura ocidental atual, acreditando ser esse um meio de apontar a vida em sua forma íntegra.

---

## REFERÊNCIAS

- ARIÈS, P. **História da morte no ocidente**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2005.
- ARIÈS, P. **O homem diante da morte**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990 Vol. II
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 3. ed. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 1990.
- CASELLATO, G. (Org.) **Dor silenciosa ou dor silenciada?** perdas e lutos não reconhecidos por enlutados e sociedade Campinas: Livro Pleno, 2005
- CASSORLA, R. M. (org.) **Da morte**: estudos brasileiros. São Paulo: Papyrus, 1991.
- D'ESPINDULA, T. S. e SANTOS, K. S. **Dor e sofrimento**: uma reflexão em bioética. Curitiba. 2009. 19 f. Digitado. Trabalho final para obtenção do título de Especialista em Bioética, apresentado ao Programa de Pós-graduação em Bioética, Pontifícia



## II Congresso de Humanização I Jornada Interdisciplinar de Humanização

Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.

Realização:



Apoio:



Apoio:



Universidade Católica do Paraná. Orientação: Prof. Dr. Mario Antonio Sanches

D'ESPINDULA, T. C. A. S., FISCHER, J. M. K. et all. **Suicídio** parecer técnico enviado ao Ministério Público do Paraná. 2002.

ELIAS, N. **A solidão dos moribundos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

ESCUDEIRO, A. (Org.) **Tanatologia**: conceitos, relatos e reflexões: Fortaleza: LCGráfica e Editora, 2008

FISCHER, Joyce M. K. et al **Cadernos de tanatologia**. Curitiba: Unificado, 2007. 23

FRANCO, M. H. P. Luto em cuidados paliativos. In: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO **Cuidado paliativo**. São Paulo: 2008. p.559-570

JARAMILLO, Isa F. (Org.) **Morrer bem**. São Paulo: Editora Planeta do Brasil, 2006.

HOSSNE, W. S. Poder e injustiça na pesquisa com seres humanos In: GARRAFA, V. & PESSINI, L. (Orgs.) **Bioética poder e injustiça**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2004. p.271-286

KOTTOW, M. Comentários sobre bioética, vulnerabilidade e proteção In GARRAFA, V. & PESSINI, L. (Orgs.) **Bioética poder e injustiça**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2004. p.71-78

KOVACS, M. J. **Educação para a morte**: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

KOVACS, M. J. **Educação para a morte**: temas e reflexões. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003b.

KOVACS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

KOVACS, M. J. Morte no contexto dos cuidados paliativos In: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO **Cuidado paliativo**. São Paulo: 2008. p.547-557

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

PARKES, C. M. **Luto**: estudos sobre a perda na vida adulta. São Paulo: Summus, 1998

RODRIGUES, J. C. **O tabu da morte**. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social**: uma trajetória da saúde pública. Porto Alegre: L&PM, 1987.



## II Congresso de Humanização I Jornada Interdisciplinar de Humanização

Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.

Realização:



Apoio:



Apoio:



SIQUEIRA, J. E. (Org.) **Ética, ciência e responsabilidade**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola, 2005.

ZAIDHAFT, S. **Morte e formação médica**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990



## **II Congresso de Humanização** I Jornada Interdisciplinar de Humanização

**Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.**

Realização:



Apoio:



Apoio:

