



COMPREENDER O PROCESSO DE MORRER SEGUNDO KÜBLER-ROSS

Ana Maria Machado Reis^{1*}

Ramiro Délio Borges de Meneses*

I. INTRODUÇÃO

A busca da imortalidade ou fonte da juventude é um mito presente na história da humanidade desde os tempos mais antigos.

Atualmente, os portugueses morrem cada vez mais nos hospitais. As estatísticas confirmam-no. O ano de 1991 assinalou a virada de séculos em que a morte era vivida num meio privado ou familiar, para a situação presente, em que mais da metade dos portugueses morrem nos hospitais.

Diante da morte, colocam-se questões essenciais: qual o sentido da vida, da morte, da doença, do resto de vida que resta para viver antes da morte?

É a vida que dá sentido à morte? Diz-nos a sabedoria popular: “nós morremos como vivemos”.

Desde os primórdios da civilização, a morte tem despertado no ser humano um misto de curiosidade e inquietação. Na nossa sociedade ocidental, o morrer, hoje, apresenta características especiais derivadas do desenvolvimento atual da medicina e da mentalidade dos nossos dias. É notória uma preocupação crescente por uma morte digna, humana; a morte é um tema muito debatido nos vários colóquios, congressos; isso denota que a morte é um tema que preocupa o homem e, como tal, desafia a própria sociedade a ter uma atitude diferente perante a mesma. Nos nossos dias, recalca-se a ideia da morte.

A morte pode ser eminente ou por etapas, numa dimensão evolutiva. Em qualquer caso, importa que os enfermeiros e outros profissionais de saúde demonstrem conhecimentos de compreensão para acompanhar o

^{1*} Professores Adjuntos do Instituto Politécnico de Saúde do Norte – Gandra e Famalicão (Portugal).

doente nessa fase da vida. Por vezes, constatamos que os profissionais de saúde não estão sensibilizados nem exercitados para identificar, clarificar, tratar e avaliar adequadamente as necessidades do doente terminal. São formados, essencialmente, na ótica do domínio sobre a doença com técnicas e meios cada vez mais sofisticados e não estão despertos para a compreensão das fases no processo de morrer.

Colmatando tal falha, o objetivo deste trabalho é fazer uma reflexão sobre o processo de morrer, na perspectiva de Kübler-Ross, no Doente em Fase Terminal.

O trabalho está estruturado da seguinte forma; primeiramente, fazemos uma abordagem sumária do processo de morrer, a morte como parte da vida, definição de morte e de doente terminal e, ainda, o contexto da morte na nossa sociedade. Em seguida, são mencionadas as fases do processo de morrer, tendo por suporte a autora Kübler-Ross. Finalizamos com uma reflexão dessa temática na vida profissional. A abordagem a este tema é feita, de um modo geral, sucintamente, pois jamais se esgotariam as hipóteses de abordá-lo, porém, teve como base bibliográfica, vários autores referenciados, assim como nossa experiência profissional.

II. PROCESSO DE MORRER

O processo de morrer é comum ao ser vivo. Vivemos a morte dos outros, à nossa imagem, não de um outro qualquer, mas de alguém que possa considerar a sua morte como o fim do mundo ou fim da história de uma vida. Se para o que morre é o fim do percurso de vida, para os que ainda peregrinam na terra é uma expectativa do futuro desconhecido, pois um dia também vão morrer, mantendo-se uma incógnita para os que ficam.

A morte, hoje em dia, ainda é considerada uma tabu! Logo, será um desafio lidar com ela, pois exige um longo processo de aprendizagem, não só pessoal, mas também comunitário e social.

Como nos diz M. Margarida Teixeira: “a vida é um extraordinário carrossel no qual tudo acaba por ter sentido. [...] O momento da morte será a ‘última volta neste carrossel’”.²

A complexidade da morte é bem evidente. A visão holística do homem passa pelo respeito para com o doente, a família e a comunidade, inserido no seu ambiente e com o seu conceito de saúde/doença, diferente de pessoa para pessoa, devido a vários fatores dos quais podemos

2 M. Margarida TEIXEIRA. Art. *O corpo que vai morrer*, in: *Cadernos de Bioética*. ca. 27 (2001), p. 130.

destacar a cultura. Considerando o doente como “pessoa única”, com a sua experiência de vida, com o seu passado, com expectativas futuras, o enfermeiro tenta compreender e aceitá-lo tal como ele é, sem modificar os seus comportamentos, mas dando a ajuda necessária para a modificação de atitudes a fim de solucionar os seus problemas.

O enfermeiro deve reconhecer a unicidade do ser humano, isto é, o seu direito à sua diferença, ao seu modo de pensar e de viver a sua vida como o entender.

Podemos dizer que o respeito é um direito do ser humano em todas as fases do seu ciclo de vida, do nascimento à morte. Este tem como base proteger, aumentar e preservar a dignidade humana.

O ser humano, por vezes, vive uma vida longa imbuída dos problemas inerentes ao mau estado físico, à senilidade, à dependência e falência multiorgânica.

Assim, consideramos uma fase da vida digna de relevo do ser humano e que necessita de acompanhamento terminal. Por fase terminal, entende-se o período dos últimos dias ou horas de vida do ser humano e por doentes em fase agônica; representam um subgrupo dos doentes em situação paliativa. Normalmente, esta última fase de vida decorre de uma evolução gradual e natural, habitualmente com um agravamento que se constata, de dia para dia, com evidente deterioração do estado geral do doente. Esta etapa da vida tem um grande impacto emocional quer no doente quer na família e mesmo na equipe terapêutica.

Os doentes que estão em fase final da vida recusam, muitas vezes, a realidade da morte por meio de uma dinâmica de negação. A recusa da morte pode ser um mecanismo inconsciente que ajuda o doente a encontrar alguma forma de enfrentar a morte “com êxito”.

Mais refere M. Margarida: “ninguém pense que quando se faz um mergulho no sofrimento de um corpo que está a morrer se fica indiferente”.³ Anselmo Borges também afirma: “a morte é um mistério, pura e simplesmente. Ninguém sabe o que é morrer”.⁴ A morte é tabu, porque é um enigma, talvez o único enigma para o qual a sociedade, que se julga toda-poderosa, não tem resolução. A única resolução que resta é ignorá-la, fazer de conta que não existe.

Nunca, como hoje, a morte foi objeto de estudos científicos, variando segundo as épocas e coletividades, permitindo-nos compreender as atitudes face à mesma. Diz-nos também a sabedoria popular “que

3 M. Margarida TEIXEIRA, op. cit., p. 131.

4 Anselmo BORGES. Art. *Antropologia do processo de morrer*, in: *Brotéria*. 150 (2000), p. 187.

morremos um pouco todos os dias e começamos a morrer no dia em que nascemos”. A morte na ótica biológica é um processo gradual, enquanto na ótica filosófica há uma variedade de conceitos com reflexões éticas complexas.

Quer seja o doente terminal a regressar a casa, quer seja a família bem acolhida no hospital, está sempre patente na memória o espectro da Morte – parte da vida que termina.

III. A MORTE COMO PARTE DA VIDA

A morte como parte da vida é um processo complicado e obscuro, mistério impenetrável, um terrível e inexplicável assunto a ser evitado de todas as maneiras. Parece ser uma mundividência do adágio ; *mors vitae ianua*.

A vida e a morte são duas facetas distintas da existência humana. Viver é peregrinar para a morte, num corredor que nos conduz inevitavelmente a este ponto final da vida – a morte. O nascimento e a morte são experiências muito próximas, comportando na base uma estrutura idêntica, a passagem de um estado ao outro, uma mudança radical do meio ambiente. O nascimento é o início da vida ativa, porquanto a morte é o fim da mesma.

Segundo M. Patrão Neves, “a interiorização da morte pode e deve ser fator de realização do Homem; a humanização da morte humaniza a vida. Por isso, atender à morte é atender à vida; aprender a morrer é aprender a viver e é na dimensão ética da morte que a morte adquire também sentido na vida dos homens”.⁵ O homem sabe, pela lógica e pela experiência da vida que “em hora e dia que desconhece” irá morrer. Eis que é um mistério, o fato é narrado na Bíblia, capítulo 15, versículo 51. Conscientemente, todo o homem sabe que vai morrer. Existe, no entanto, um desejo de atingir a imortalidade. A morte não é mais do que um passo da vida, ou seja, começamos a morrer quando nascemos e começamos a viver quando morremos, em termos da ressurreição final, para os crentes. Além disso, para viver cada etapa da vida, o homem possui, em si, recursos para enfrentar e ultrapassar, uma após a outra, a sua existência na vida terrena; também existirão potenciais ignorados, no mais íntimo do seu ser, que importa despertar e desenvolver para que seja capaz de aceitar a sua morte. Para muitos, a morte é uma transição, representa uma

5 M. Patrão NEVES. Art. *O sentido da morte na vida dos homens*, in: Cadernos de Bioética. 12 (1996), p. 17.

partida, uma mutação, uma paragem na vida e pode ser acompanhada de esperança ou de uma infinita angústia face à vida.

Cada homem tem que assumir a sua própria morte sem medo, sem revolta, da mesma forma como assume a vida e lhe dá sentido. É certo, efetivamente, que toda a sociedade tem de considerar a morte como um fato natural que interrompe o ciclo do processo vital, mas que obriga a um constante recomeço no conjunto social. A morte não pode parecer como uma desgraça, mas como um apelo a uma vida nova. Essa forma de pensar deve começar na família, continuar nas escolas e aprofundar-se na vida social de todos os dias. A morte foi dessocializada pelas condições da vida, de parentesco, de famílias que se alteraram profundamente. Contudo, neste momento, são os profissionais de saúde que reclamam uma nova atitude perante a morte. É o retorno do doente terminal à sua família.

Kübler-Ross refere que “há muitas razões para se fugir de encarar a morte calmamente, uma das mais importantes é que, hoje em dia, morrer é triste demais sob vários aspectos, sobretudo é muito solitário, muito mecânico e desumano. Às vezes, é até mesmo difícil determinar tecnicamente a hora exata em que se deu a morte. Morrer torna-se um ato solitário e impessoal porque o paciente não raro é removido do seu ambiente familiar e levado às pressas para uma sala de emergência”.⁶

M. de Hennezel diz que nós “escondemos a morte como se ela fosse vergonhosa e suja. Vemos nela apenas horror, absurdo, sofrimento inútil e penoso, escândalo insuportável, conquanto ela seja o momento culminante da nossa vida, o seu coroamento, o que lhe confere sentido e valor”.⁷ Também José da Costa Pinto refere: “falar do sentido da morte é, em última análise, falar do sentido da vida humana. Isto por duas razões fundamentais: a primeira, porque a morte é dimensão da existência histórica do homem que o acompanha como ameaça contínua e destino inexorável e se antecipa na dor, no sofrimento, na solidão, no não-sentido; a segunda, porque a morte constitui também um evento único e irrepitível que faz da existência humana uma totalidade e, por conseguinte, representa a decisão global e determinante da vida”.⁸

Na perspectiva cristã, segundo o mesmo autor, “a morte constitui,

6 Elisabeth Kübler-ROSS. *Sobre a Morte e o Morrer*. S. Paulo: Maria Fontes 1994, p. 11.

7 Marie HENNEZEL. *Diálogo com a Morte*. 5ª ed. Trad. do Francês de José Carlos González. Pref. De Façois Miterrand. Lisboa: Editorial Notícias 2002, p. 11.

8 José da Costa PINTO. *Questões Actuais Ética Médica*. Col.: Temas de Hoje, 3º, Braga: Editorial A.O. 1990, p. 154.

assim, o horizonte hermenêutico último da existência humana e representa a decisão moral determinante na qual o homem orienta irrevogavelmente a sua vida. Daqui resulta o direito que o homem tem de morrer com dignidade, num clima de serenidade, de respeito e de paz, e o consequente dever, por parte do médico/enfermeiro, de o ajudar a assumir esta realidade sem qualquer manipulação, mas antes numa atitude de autêntica solidariedade humana que signifique sobretudo comunhão de vida e de esperança”.⁹

A morte deverá ser compreendida como um acontecimento natural, não deve ser esquecida, nem mal compreendida ou negligenciada, permitindo que os profissionais de saúde proporcionem uma atitude adequada a doentes perante o fim de vida.

Professor Daniel Serrão afirma: “antes quero viver do que estar vivo. Porque estar vivo é apenas exercer funções vegetativas, é cumprir uma obrigação biológica, trocar energia com o meio ambiente, inalando ar e expirando anidrido carbônico.

Viver é muito mais do que isso, é sentir, amar, refletir e inventar.

A minha morte não existe.

Existo eu que viverei o que consumirei o tempo todo da minha vida a sentir, a amar, a refletir e a inventar”.¹⁰

IV. DEFINIÇÃO DE MORTE/DOENTE TERMINAL

Parece que a morte tem concepções diferentes (cerebral, física...), de acordo com os vários autores, por isso, na sequência, damos alguns conceitos de morte, em sentido genérico.

Assim, no sentido mais vasto, a morte é um fato da vida, esta deve compreender-se como uma forma de ser e indissociável do ser humano.

Segundo o Professor Daniel Serrão, “morte é um acontecimento biológico inevitável porque a vida está organizada como um programa natural finito. Pela sua inteligência e pela sua afetividade, os homens reconhecem este caráter finito e atribuem à vida um valor elevado, mas aceitam o fim inevitável com naturalidade, sem angústia nem temor, embora com algum desgosto”.¹¹ Podemos considerar que a morte é o fim progressivo das funções cerebrais.

9 José da Costa PINTO, op. cit. p. 156.

10 Daniel SERRÃO. Art. *Morte, onde está a tua vitória?* in: Cadernos de Bioética. 25 (2001), p. 83.

11 Daniel SERRÃO. Art. *Eutanásia e Distanásia*, in: ARCHER, Luís; BISCAIS, Jorge; OSSWALD, Walter – *Bioética*. Lisboa/São Paulo: Editorial Verbo 1996, p. 384.

O problema da definição tradicional da morte é que ela, como muitas outras definições tradicionais, é “circular”. Morremos quando deixamos de viver, e deixamos de viver quando morremos. À medida que vamos morrendo, nossos diversos órgãos vão parando de funcionar, e à medida que os órgãos vão parando de funcionar, morremos.

Para Kübler-Ross, o morrer constitui a crise mais profunda que o homem tem de enfrentar [...] Não se presta a averiguação, não é praticável experimentar-se nem questionar os que já morreram.¹²

Doente em fase terminal “é um doente que tem uma situação clínica a qual faça-se o que lhe fizer vai morrer num intervalo de tempo não superior a seis meses”.¹³

A morte não é encarada como algo de natural, como uma última fase da vida biológica. Ela já não tem o mesmo lugar nem o mesmo significado que tinha no passado.

V. CONTEXTO DA MORTE

A representação da morte assume um significado diferente, fruto dos modos de interpretar e de pensar a realidade quotidiana, apoiada num conhecimento constituído a partir das experiências individuais, das informações, dos modelos e dos valores que cada indivíduo adquire e transmite.

A vertiginosa evolução científica e tecnológica na área da medicina introduziu, neste século, profundas alterações no modo de planear o agregado familiar e na forma como os seus membros se relacionam entre si.

Outrora, era mais comum que as pessoas morressem em casa do que no hospital. Quando uma pessoa está em casa, encontra-se no seu próprio meio, que lhe é habitualmente íntimo, com a família e com os filhos. Morrer nessas circunstâncias não é apenas mais fácil e mais consolador para o doente, mas ajuda a família e, em especial, as crianças, que podem partilhar a dor que rodeia uma pessoa que morre em casa. Uma criança, nessas circunstâncias, crescerá sabendo que a morte faz parte da vida.

No entanto, se a pessoa está doente e vai para o hospital, as visitas são limitadas, e a experiência já não é semelhante. É urgente a adoção de comportamentos que obriguem a sociedade a ter uma atitude diferente

12 Cf. Elisabeth Kübler-ROSS, *op. cit.*, p. 9.

13 Definição apresentada pelo Professor Daniel Serrão nas aulas do *Mestrado em Bioética III*, na Universidade Católica Portuguesa – Braga.

perante a morte.

A morte representa novas características resultantes do avanço científico, tecnológico e das alterações sociais.

Philippe Ariés fez pesquisas e meditações, durante quinze anos, sobre as atitudes perante a morte nas nossas culturas cristãs ocidentais. O essencial das suas descobertas foi como se passou, de forma lenta e progressiva, de uma morte familiar, “doméstica”, na Idade Média, para a morte maldita, repelida, “interdita” nos dias de hoje. A tentação do ocidente é fugir da morte.

Posto isso, as atitudes, os discursos e a prática do homem perante a morte não foram sempre iguais em relação às diferentes culturas e modificaram-se ao longo dos tempos.

Assim, Ariés refere, no seu prefácio, que “os contemporâneos não se apercebem delas porque o tempo que as separa ultrapassa várias gerações e excede a capacidade de memória coletiva”.¹⁴

Entretanto, “a morte recuou e trocou a casa pelo hospital; está ausente do mundo familiar do dia-a-dia. O homem de hoje, em consequência de não a ver suficientes vezes de perto, esqueceu-a: ela tornou-se selvagem e, a despeito do aparelho científico que a envolve, perturba mais o hospital, lugar de razão e de técnica, do que o quarto da casa, sede dos hábitos da vida quotidiana. [...] A atitude perante a morte mudou, não só pela alienação do moribundo, mas também pela variabilidade da duração da morte; esta perdeu os hábitos de outros tempos: a mera dúzia de horas que separavam os primeiros avisos dos últimos adeuses. Os progressos da medicina não deixam de a prolongar”.¹⁵ Kübler-Ross afirma: “quando retrocedemos no tempo e estudamos culturas e povos antigos, temos a impressão de que o homem sempre abominou a morte e, provavelmente, sempre a repelirá”.¹⁶

A perspectiva atual sobre a morte e o processo de morrer pressupõe que o final da vida não seja, unicamente, um processo biológico que acontece ao organismo que o homem é, mas também um processo face ao qual se desenvolve uma postura e se adquirem comportamentos perante a morte.

Contudo, continuamos a verificar que a atitude do homem face à morte é extremamente influenciada pelos novos avanços científicos e tecnológicos e pelas alterações sociais. Pode-se dizer que, no fim deste

14 Philippe ARIÉS. *Sobre a História da Morte no Ocidente desde a Idade Média*. Lisboa: Editorial teorema 1989, p. 13.

15 Philippe ARIÉS, op. cit., p. 182-183.

16 Elisabeth Kübler-ROSS, op. cit., p. 6.

século, a morte é um tabu, mas nem sempre foi assim!

Como denota Philippe Ariés, citado por Anselmo Borges, “nas sociedades tradicionais, a morte era familiar, o que ainda é visível em algumas aldeias, podemos dizer que estava até certo ponto, domesticada. Foi com a burguesia, no final da Idade Média, que começou a angústia da morte enquanto do ‘Eu’. Com o Romantismo o que é aflitivo é fundamentalmente a morte do ‘Tu’. Hoje, nas sociedades tecnocientíficas, a morte é escondida, é ocultada”.¹⁷ O autor refere, ainda que “as grandes derivas que arrastam as mentalidades – atitudes perante a vida e a morte – dependem de motores mais secretos, mais ocultos, no limite do biológico e do cultural, isto é do inconsciente coletivo”.¹⁸

Sob o ponto de vista da antropologia cristã, a morte não se limita ao material, e quando ela ocorre neste contexto, nunca é sinónimo do fim da vida. Na perspectiva cristã, a vida tem sempre uma dimensão transcendental e a sua duração é eterna, portanto, não passível de ser limitada pelos obstáculos e dimensões do meramente humano ou material.

A expectativa de vida continua a aumentar a cada ano, ainda que a morte seja uma certeza. O que desconhecemos é quando, onde e como irá ocorrer. As enfermeiras e outros profissionais de saúde envolvem-se, provavelmente, mais do que quaisquer outros grupos com pessoas que vivem uma experiência de morte iminente. O medo da morte tornou-a um tabu, associando-se a ela o sofrimento e a desfiguração do rosto humano, abandonado à solidão, pois a morte vivida como o último momento da vida assume a dignidade da própria vida, respeitando aquele que está nesse momento. “Cada vez mais o morrer está se tornando mais solitário, muito mecânico e, por vezes, desumano, tornando-se impessoal, pois o doente é retirado do seu ambiente familiar e levado às pressas para uma sala de emergência”.¹⁹

Assistir o doente terminal não é fácil, com certeza, mas é fundamental, e teremos que refletir sobre a melhor forma de ajudar o indivíduo e a família a viver a sua última etapa da vida na terra, a etapa final. O doente terminal assim como os seus familiares, no percurso para a morte, manifestam comportamentos semelhantes, mecanismos de defesa e de luta que possibilitam ao doente e à família o confronto com as situações de extrema dor psíquica. São estádios de duração variável

17 CF. Anselmo BORGES. Art. *Antropologia do processo de morrer*, in: op. cit. p. 190.

18 Philippe ARIÉS, op. cit., p. 190.

19 Elisabeth Kübler-ROSS, op. cit., p. 299.

que podem surgir simultaneamente, linearmente ou tendem a sofrer um recuo, mas que depois seguem um processo de evolução psíquica de preparação para a morte.

VI. PROCESSO DE MORRER NO DOENTE TERMINAL SEGUNDO KÜBLER-ROSS

A morte é uma realidade, apesar de nada sabermos dela. Os estudos de Elisabeth Kübler-Ross (nascida na Suíça e residente nos Estados Unidos da América), iniciados nos anos sessenta no âmbito da vivência dos doentes terminais, definem as reações psicológicas do doente terminal, face à proximidade da morte. Nessa investigação, a autora chegou à triste conclusão de que a maioria dos profissionais não sabe ajudar o doente terminal e não é capaz de se relacionar com ele. O objetivo dos seus estudos foi e ainda é o de instruir os profissionais no sentido de os familiarizar com as necessidades, preocupações, receios e ansiedades dos indivíduos (e familiares) que se defrontam com o fim da sua própria vida.

Esta autora deixou-nos importantes contribuições para a compreensão das atitudes observadas em doentes, familiares e mesmo em profissionais de saúde.

A autora, no livro intitulado “Sobre a Morte e o Morrer”, identificou a negação, a raiva, a depressão, a negociação e a aceitação como os cinco tipos de reações emocionais que podem ser vividas pelas pessoas, face ao diagnóstico de doença grave ou incurável.

Segundo Ana Maria Pires, “estas reações emocionais serão vividas por esta ou outra ordem, somente um ou alguns estádios, ou ainda transferidas para os familiares ou amigos próximos, inclusive para os profissionais de saúde que lidam mais de perto com a situação de doença”.²⁰

Os enfermeiros são capazes de facilitar a passagem de um estádio a outro, permanecendo disponíveis para o apoio emocional e apoiando as escolhas pessoais do doente, no que diz respeito aos cuidados terminais.

Elisabeth Kübler-Ross, uma reconhecida autoridade nesse assunto, descreve os estádios abaixo referidos, pelos quais passam muitos doentes terminais. Os estádios da morte são:

1º Estádio – Negação e isolamento: neste estádio, a pessoa se

20 Ana Maria L. PIRES. Art. *Cuidar em fim de vida: aspectos éticos*, in: op. cit., p. 88.

isola até que organiza outras defesas. O doente não nos ouve. Essa fase aceita a esperança de viver, que geralmente é breve. O doente começa a pensar em negócios pendentes e problemas. A negação é um mecanismo psicológico de defesa pelo qual uma pessoa se recusa a acreditar que determinada informação seja verdadeira. Os doentes terminais podem, inicialmente, rejeitar que o seu diagnóstico seja exato, podem especular que os resultados dos seus testes estejam errados, ou que os relatórios foram confundidos com os de outro doente. O doente suspeita da sua situação, mas nega-a e não a quer aceitar. Coloca a questão: “Não pode ser verdade...”

2º Estádio – Raiva: nesta etapa, surge a ira, a cólera e a expressão “por que eu?”. Essa raiva pode propagar-se em todas as direções e projetar-se no ambiente, muitas vezes sem razão plausível. A raiva é uma reação emocional à sensação de ser vítima. Os doentes costumam “deslocar” a sua raiva contra os outros, como os enfermeiros, o médico, a família e até mesmo Deus. A raiva pode ser expressa em maneiras menos óbvias, como queixas contra os cuidados ou reação exagerada ao mínimo problema. A questão colocada, muitas vezes é “Por que eu?!...”.

Aqui o enfermeiro não necessita de responder, mas de ouvir o doente com atenção, oferecendo-lhe o seu apoio. Portanto, a atitude do enfermeiro é deixar expressar toda a raiva.

3º Estádio – Barganha: nesta fase, a pessoa tenta negociar. Esse negócio pode envolver Deus, o médico ou o enfermeiro. Normalmente o doente diz: “Se eu puder...! Se eu viver para conhecer o meu neto...! Se me curo, prometo ir a Fátima”. A barganha é um mecanismo psicológico que procura retardar o inevitável. Envolve um processo de negociação conjuntamente com Deus ou com algum poder maior. O normal é o doente que está morrendo desejar aceitar a morte, embora deseje ampliar temporariamente a sua vida até a ocorrência de um evento futuro. Esse evento, em geral, tem um significado pessoal para o doente que está perto da morte, como o casamento de um dos filhos.

4º Estádio – Depressão: nesta fase, o inevitável está claro para o doente, este não tem dúvidas sobre a sua morte. Os mecanismos de defesa já não são eficazes. A depressão é um estado de ânimo triste, indicativo do ato; o doente se dá conta de que a sua morte virá mais cedo do que o antecipado. O estado de ânimo é uma consequência de encarar perdas potenciais. A questão colocada é “Sim, sou eu?”.

5º Estádio – Aceitação: é a fase de resignação que acontece se o doente tiver tido o tempo necessário e a ajuda para superar os estádios

anteriores. É fundamental que o doente chegue a esta fase para que possa viver a sua morte com serenidade. A aceitação é uma atitude de complacência a que chega a maioria dos doentes após ter lidado com as suas perdas e concluído os seus negócios inacabados. É uma avaliação realista da situação clínica. A questão que o doente coloca é: “A minha hora chegou...”.

Kübler-Ross descreve os negócios inacabados de duas maneiras: Literalmente, refere-se à finalização de assuntos legais e financeiros de modo a oferecer a melhor segurança aos que sobrevivem. No entanto, também pode significar assuntos sociais e espirituais, como “fazer as pazes com Deus” e dizer “adeus” aos seres amados. São importantes para um doente terminal, bem como para sua família, o agradecimento e o arrependimento. Quando todas essas extremidades estão unidas, os doentes terminais sentem-se preparados para morrer. Alguns até mesmo antecipam com alegria a morte, encarando-a como uma ponte para uma outra dimensão ainda melhor.

O doente em fim de vida, geralmente, passa por uma série de reações emocionais, resultado da sua situação psicológica e da debilidade causada pela doença. Essas reações devem ser compreendidas e entendidas como comportamentos adaptativos, como resposta do homem à crise com a qual tem dificuldades em lidar. Importa assim aos profissionais de saúde reconhecê-las, compreendê-las e clarificá-las.

Padre Feytor Pinto salienta que: “para dar sentido à morte que recebe força do sentido da vida, urge promover:

- O valor da dignidade da morte [...];
- O valor da verdade [...];
- O valor do respeito [...]. Assim, a morte não é o terminar de tudo,

é o princípio de alguma coisa de novo que não mete medo porque abre as portas a universos desconhecidos, é certo, mas carregadas de promessas de escatológicas”²¹

A morte é um processo biológico, mas constrói-se cultural e socialmente. Tal como na doença, a forma como se gerem os processos da morte é um fato estrutural em qualquer sociedade.

Os cerimoniais, os ritos e todos os elementos simbólicos com que a sociedade assinala os momentos de transição no ciclo da vida permitem reduzir e controlar a angústia que esses momentos geram. O significado e as atitudes perante a morte também têm expressão diferenciada consoante o momento histórico.

21 Pe. Victor Feytor. PINTO. Art. *O Direito de Morrer*, in: Associação dos Médicos Católicos Portugueses. Da vida à morte. Coimbra: Gráfica de Coimbra 1988, p. 207.

Os trabalhos pioneiros de Kübler Ross colocam ênfase nas implicações da morte na família e é esse aspecto que poderia ser incluído e desenvolvido na prática de enfermagem.

Estes estudos têm permitido compreender o processo da morte e, embora cada morte seja uma, há, contudo, aspectos comuns que possibilitam prever comportamentos e intervir, em termos da prevenção primária, no despiste precoce de vivências patológicas ou disfunção familiar que merecem ser orientadas para terapia familiar. As atitudes que os doentes podem demonstrar, nem sempre estão presentes na vida prática, isto porque os doentes são diferentes e reagem de formas variadas. Esses estádios são vividos de forma sequencial, mas entrelaçam-se.

O sentimento de esperança também pode estar presente, a partir do estádio da Raiva. Os profissionais de saúde podem ajudar os doentes e familiares a associar a esperança, com base na realidade, a todos os demais estádios. Várias vezes esta função pode ser a de restituir ainda que seja uma “desesperançada esperança”, ou melhor, uma “esperança de poder ter novas esperanças”.²²

O doente, em última instância, aceita a morte e faz desta experiência o último momento de crescimento de vida, como nos revela o trabalho de Elizabeth Kübler-Ross.

VII. REFLEXÃO PRÁTICA SOBRE O PROCESSO DE MORRER

A morte representa novas características resultantes do avanço científico e tecnológico, implicando o envolvimento cada vez mais crescente dos profissionais de saúde. O confronto com doentes em fase final de vida, com o doente que morre – o morrer, torna-se incompatível com a atividade do profissional de saúde, em que a importância face ao inevitável traduz a imagem do fracasso da ciência e da tecnologia.

O enfermeiro tem a obrigação de ajudar o doente a assumir a veracidade da própria morte com tranquilidade e paz, como decisão última da sua vida, como tarefa livre. A confiança do doente no enfermeiro modifica-se em desejo que este o assista até à própria morte. O enfermeiro é o profissional de saúde que mais diretamente contata com o doente, compreendendo melhor a natureza da morte.

A morte é, para os profissionais de saúde, sinônimo de insucesso, fracasso e frustração profissional, sendo a mesma desafiada. Por vezes, perante a inevitabilidade da morte, os enfermeiros expressam

comportamentos desajustados face à morte e ao processo de morrer; daqui o meu interesse em buscar conhecimentos para colmatar esse problema. A relação com o doente que morre encontra-se associada a problemas éticos que implicarão, por parte do enfermeiro, a cada momento e situação, a escolha das soluções mais ajustadas. Tendo por base Kant: “Tudo tem um preço porque é meio”; o homem, porque é fim em si mesmo, tem dignidade; a pessoa humana tem uma dimensão subjetiva.

A forma como atualmente se lida com as questões da morte, sob diversos ângulos, merece ser refletida, e todo o processo deve ser ressocializado trazendo, certamente, inúmeras vantagens para os profissionais de saúde, que lidam direta e continuamente com estes processos.

As representações da morte refletem o modo de interpretar e de pensar a realidade quotidiana, com um conhecimento construído a partir das experiências com as quais se é confrontado. A morte deverá ser compreendida como um acontecimento natural, que não deve ser esquecido, nem mal compreendido ou negligenciado, permitindo que os discursos proporcionem uma atitude adequada perante doentes em fase final de vida. Silveira de Brito diz: “A morte é algo inapreensível, que não dominamos, e os temas desta natureza não são fáceis de encarar porque nos escapam”.²³

É necessário que os enfermeiros defendam os valores inerentes à dignidade da vida e da pessoa humana por meio das suas atitudes junto aos doentes em fase final de vida. Um ensino centrado na clarificação de valores parece ser a forma adequada para refletir sobre o sentido da vida e da morte.

Em suma, há que mudar as mentalidades e assumir este desafio, já que o apoio ao doente no fim da vida é uma competência e atividade autónoma dos enfermeiros, não marginalizar a morte, antes encará-la, aceitá-la e desmistificá-la. Descubre-se muito sobre a vida, a morte, os sentimentos, a doença, a estima, o amor em relação aos outros e a nós próprios, quando no acompanhamento da morte de alguém. O modo como tratamos os doentes terminais afeta, no final das contas, cada um de nós no dia-a-dia. A maioria das pessoas receia mais o sofrimento associado a esta fase terminal do que a morte em si.

É urgente a adoção de comportamentos que obriguem a sociedade a ter uma atitude diferente perante a morte. Assim, citando Padre Victor

23 Silveira BRITO. Art. *O que dizer da morte*, in: *Cadernos de Bioética*. 30 (2002), p. 120.

Feytor Pinto “é importante educar para a morte como se educa para a vida – infelizmente a morte ainda se mantém como um grande tabu do nosso tempo. É preciso desdramatizá-lo e desmistificá-la. Isso só é possível com a educação de todas as pessoas, os mais velhos, como os mais novos ... É preciso educar toda a população para a realidade da morte”.²⁴

Cada Homem tem que assumir a sua própria morte, sem medo e sem revolta, da maneira como assume a vida e lhe dá sentido. Na realidade, toda a sociedade tem de considerar a morte como um fato natural que interrompe o ciclo da vida, mas que obriga a um constante recomeço de uma nova vida. A morte não pode aparecer como uma desgraça, mas como apelo a uma vida nova. Esta educação começa na família, deve continuar nas escolas, aprofundar-se na vida social de todos os dias, principalmente no percurso de qualquer profissional de saúde.

Antigamente, a morte “era jovem”, hoje há uma esperança de vida/um adiamento da morte. Diz-se que a morte que outrora matava cedo, mata agora muito mais tarde. A morte da pessoa embarga e altera a forma de relação universal e social.

Daniel Serrão afirma: “a ideia abstrata de morte, construída a partir do processo de morrer, entrou para o acervo da memória cultural humana e é ensinada em vez de ser descoberta por cada um, no decurso do seu viver natural. Porque é ensinada, transmitida e enunciada num discurso verbal, a morte é apreendida, inicialmente, como metáfora e não como experiência afetiva pré-racional”.²⁵

Posto isso, entendemos que é indispensável a adoção de comportamentos na sociedade, de forma a desdramatizar, a desmistificar e a educar para a realidade da morte, que só será verdadeiramente apreendida com a experiência pessoal de cada um.

A dignidade da vida humana da pessoa que está na nossa frente deve ser preservada em cada momento da sua existência. Podemos mesmo transpor para a enfermagem o imperativo moral de Kant que diz: “Age de tal maneira que uses a humanidade, tanto na tua pessoa, como na pessoa de qualquer centro, sempre e simultaneamente como fim e nunca simplesmente como meio”.²⁶

Os profissionais de saúde devem fazer um esforço para tentar

24 Pe. Victor Feytor PINTO. Art. *Entre a Vida e a Morte, a razão da Esperança*, in: Servir. 39 (1991), p. 8-22.

25 Daniel SERRÃO. Art. *A Morte da Pessoa*, in: Caderno de Bioética. 12 (1996), p. 41.

26 Cf. Immanuel KANT. *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*. Porto: Porto Editora 1995, p. 71-72.

identificar e compreender atitudes perante a morte dos doentes em fase terminal, pois, só assim conseguimos compreender o doente em fase terminal. Para isso, temos que ter em linha de conta a Recomendação n.º1418 (1999) da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa, referente à proteção dos direitos do homem e da dignidade humana dos doentes incuráveis e dos moribundos;²⁷ assim como, o Relatório do Parecer sobre aspectos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o final da vida – 11/CNECV/95.

Quando da aproximação do termo da sua vida, a pessoa pode experimentar medos, angústias variadas, como o medo do processo envolvente da morte, medo da dor, da solidão, do isolamento, do desconhecido, angústia pela perda do controle da situação e pelo futuro dos seus. É neste momento que as necessidades afetivas assumem um relevo especial, em que tantas outras coisas perdem valor. Por conseguinte, é extremamente importante sentir-se acariciado, apreciado, respeitado e seguro, ter ainda pessoas próximas em quem confiar, a fim de comunicar as emoções, medos e desejos e alguém que as escute. O livro de M. Hennezel, “Diálogo com a morte”, narra, precisamente, testemunhos das experiências humanas na assistência a pessoas com doença terminal nos últimos momentos de vida. Anselmo Borges diz, também, que: “a morte é inexorável e ao mesmo tempo imprevisível: não sabemos nem onde, nem como, nem quando morreremos”.²⁸ Do mesmo modo, Vasco Pinto de Magalhães diz que “a morte não é o fim da vida, mas o seu avesso”.²⁹

Por meio de orientações de enfermagem, os doentes podem ser ajudados a enfrentar a morte, nomeadamente, aceitar os diferentes comportamentos dos doentes, ou seja, demonstrar respeito pela individualidade; dar oportunidade aos doentes de expressarem livremente os seus sentimentos, isto é, demonstrar dedicação no atendimento às necessidades individuais; trabalhar para compreender os sentimentos dos mesmos, pois cada pessoa é singular; facilitar a comunicação e permitir que eles escolham o assunto ou a forma de reação. Os enfermeiros oferecem apoio emocional aos doentes que morrem, reconhecendo-os como únicos e valiosos. Os enfermeiros devem estar disponíveis para interações verbais.

27 Paula Martinho SILVA. Art. *Documentos Éticos-Jurídicos*, in: M. do Céu Patrão Neves (Coord). *Comissões de ética: das bases teóricas à atividade quotidiana*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, p. 584-588.

28 Anselmo BORGES. Art. *A necessidade de morrer*, in: Associação dos Médicos Católicos Portugueses. *Da Vida à Morte*. Coimbra: Gráfica de Coimbra 1988, p. 283.

29 Vasco Pinto MAGALHÃES. Art. *O Corpo Que Ressuscita*, in: O Olhar e o Ver. Coimbra: Edições Tenacitas 2001, p. 396.

O Papa João Paulo II sublinha que: “A melhor maneira de superar e vencer a perigosa cultura da morte consiste em dar fundamentos sólidos e conteúdos luminosos a uma cultura da vida que se contraponha, com vigor, a essa cultura da morte”.³⁰

O direito à vida e à morte, dignas, é uma abordagem presente desde o momento em que o homem consegue valorizar a sua existência e temer o seu fim. Coloca-se um desafio, certamente a opção mais correta em termos técnicos e, sobretudo, ético que consta de ajudar o doente a percorrer de forma digna a última etapa da vida, fazendo-o sentir-se amado, alvo de atenção e afeto, inserido num ambiente envolvente “cuidativo”.

Na verdade, e utilizando as palavras de Kübler-Ross: “Aqueles que tiverem a força e o amor para ficar ao lado de um paciente moribundo, com o silêncio que vai além das palavras, saberão que tal momento não é assustador nem doloroso, mas um cessar em paz do funcionamento do corpo”.³¹

Nascer e morrer são acontecimentos ou fatos universais. São dois marcos que limitam o que vulgarmente é chamado de vida. Viver e morrer são processos que caminham de mãos dadas. Deve-se acompanhar a morte no caminho da vida, fazer da dignidade companheira da morte; talvez assim, cada vez menos os doentes tenham medo do momento da morte.

Acompanhar as pessoas em fim de vida será sempre um desafio, rico em ensinamentos e em sofrimento.

Ajudar o doente a morrer é uma questão permanentemente colocada aos enfermeiros, em qualquer serviço e local de trabalho. O Código Deontológico do enfermeiro preconiza no seu artigo 87º os deveres subordinados ao respeito pelo doente terminal.

Somos chamados a ser agentes de mudança, nesta sociedade, na medida em que, ao estarmos comprometidos com o doente, o idoso, podemos alargar o nosso horizonte e contribuir para que todos os que conosco se cruzam neste percurso da vida experimentem uma forma diferente de ser rosto, rosto que acolhe, que ama, que se solidariza.

Atualmente os médicos são chamados a desenvolver um aspecto muito delicado da sua atividade profissional, que não é a prática da medicina curativa, mas da medicina de acompanhamento (à qual se chama também medicina “paliativa”).

A aposta ética é ver a questão da dignidade no adeus à vida levando

30 <http://www.verbumdei.org/lisboa/Publica/Outros/cartaepiscopal.htm>.
31 Elisabeth Kübler-ROSS, op. cit., p. 282.

em conta a dimensão social do problema; devemos considerar não apenas a morte biológica, mas a morte social do indivíduo, a morte coletiva, lenta, gradual e injusta.

Será nosso objetivo levar a sociedade a compreender que morrer com dignidade é uma consequência de viver dignamente e não simplesmente uma sobrevivência sofrida. A compreensão desse processo auxilia o profissional de saúde a entender os sentimentos e auxilia as pessoas de uma forma mais adequada em situação de crise.

Pactuando com a afirmação do Professor Daniel Serrão: “a morte não existe, existo eu e tu que morremos, na sequência de um processo biológico natural”.³² Morrer é uma arte, como a arte de saber viver.

Finaliza-se com uma expressão que ouvimos: “Morrer é aceitar o inaceitável”, portanto, devemos compreender a morte no caminho da vida. Devemos questionar a morte. Nunca podemos ser “órfãos” da vida, os que morrem ensinam-nos a viver. Realçando que devemos questionar a morte, mas devemos fascinar com a vida.

Chega-se a uma triste conclusão: “Hoje não se sabe morrer”, afirmação proferida pelo Professor Daniel Serrão na apresentação do livro “Política da Saúde” do Professor Rui Nunes. O sofrimento e a dor: pelo sentido da morte. A conhecida psiquiatra suíça, E. Kübler Ross, na sua obra “*On Death and Dying*”, pelo estudo realizado em vítimas de doença terminal, resumiu, em cinco palavras-chave, as fases de adaptação ao sofrimento experimentadas nos seguintes termos: negação, cólera, aliança, depressão e aceitação. Este esquema, amplamente divulgado, traça as eventuais etapas do sofrimento, como condição, não querendo dizer que se pressuponha que seja este o itinerário, porque muitas pessoas ficarão bloqueadas numa destas fases e há quem alterne os seus sentimentos com a “inteligência emotiva” (D. Goleman) em função de uma variedade de fatores, ora extrínsecos, ora intrínsecos. Estas fases podem apresentar-se, também, noutras situações clínicas (politraumatizados, etc), por parte de familiares e dos pacientes, revelando o lado psicológico da dor e do sofrimento: – Negação: o doente não quer ver e contemplar, face-a-face, a sua realidade e porta-se como se não estivesse doente, relativizando os seus mal-estares físicos, neutralizando as mensagens ou informações que o poderão perturbar;³³ – Luta: a contrariedade de um diagnóstico contrapesa com a determinação de vencer o mal físico (doença). As energias, desde a física à mental, canalizam-se num esforço para suportar o sofrimento,

32 Daniel SERRÃO. *A Morte da Pessoa*, op. cit., p. 40.

33 Cf. B. DOMINGUES. Art. *Nós e os Moribundos*, in: *Ação Médica*, 52 (1988), p. 140-142.

mediante tenaz vontade de controlar decidida e adequadamente a situação clínica; – Resignação: perante a adversidade, o *homo dolens* desmoraliza, surgindo um comportamento derrotista e cruza os braços; – Aceitação: o doente toma consciência da debilidade e vulnerabilidade. Assim vive-se, o melhor possível, o tempo de que se dispõe, tal como referiu Virgílio: *tempus est optimus iudex rerum omnium*. O paciente viverá, numa atitude ativa e positiva, apoiando-se em recursos externos e internos. Esta é a fase mais “positiva” do sofrimento e transforma este numa “purificação” como libertação axiológica; – Desespero: aqui está o choque perante uma doença que não tem cura. A perda da qualidade de vida e a sensação de ser um peso para os familiares, amigos e técnicos de saúde, perante a degradação do corpo, conduzem ao suicídio, à eutanásia ou, ainda, à depressão.

A forma negativa do sofrimento está no “desespero”, no qual se registra o abandono da esperança.³⁴ O sofrimento é um hóspede incômodo. Para uns, fica-se numa injustiça, num castigo, como destino pré-estabelecido, um desastre, uma condenação ou um “asco”; para outros, pode se transformar em fonte de bem, num instrumento de crescimento, numa oportunidade de interiorização, num lugar de descoberta pela verdade da vida ou em espaço para a conversão. A *re-spondere* destes *itens* depende do modo como se vivencia o sofrimento e as atitudes que se adotam frente a ele. O sofrimento, como “dor total”, está estampado nos rostos e na vida dos “desvalidos” (doentes, marginais, etc). Logo, o sofrimento poderá aparecer como “contra-dom” quer do homem, quer de Deus. Mesmo assim, mantém-se como “tarefa aberta”. Muito embora se desempenhe como uma “tarefa fechada”, quando entra pelo caminho do desespero ou da desumanização. O terreno do sofrimento é muito mais vasto, muito mais variado e pluridimensional. O homem sofre de modos variados nem sempre considerados pela Medicina. O sofrimento é muito mais amplo do que a dor, mais complexo e profundamente enraizado na humanização. A experiência do sofrimento, como situação limite da liberdade, põe a descoberto as perguntas mais radicais quanto à sua origem.³⁵

O sofrimento é a “dor da alma” e a dor é o “sofrimento do corpo”. Toda a espécie de sofrimento possui, tal como a morte, um valor antropológico. O sofrimento é uma experiência de morte na medida em

34 Cf. G. SOVERNICO. Art. *Prospettiva psicologica e teologica a confronto da fronte al dolore/sofferenza*, in: *Studia Patavina*, 45 (1998), p. 101-109.

35 Cf. D. TETTAMANZI. *Bioética, defendere la frontiere della vita*. Roma: Piemme 1996, p. 25-27.

que o paciente sente a radicalidade da sua própria limitação. Segundo o discurso levinasiano, o sofrimento físico é uma impossibilidade de se destacar do instante. O sofrimento e a dor introduzem a possibilidade de uma confrontação com a morte, significando uma relação com o desconhecido, em que o sujeito sofredor estabelece uma relação com o mistério. A morte, que se anuncia no sofrimento, é uma experiência de passividade.³⁶ O sofrimento é a paciência da dor e a esfera da morte.

O sofrimento é o acontecimento do existente que cumpre toda a sua solidão. Contudo, segundo Lévinas, a dor que se produz no Eu é entendida como “mãe da sabedoria”, permitindo que na consciência desperte a humanidade originária do homem.³⁷ Será também pela dor que a subjetividade se transfigura e se constitui no fundamento, não da liberdade, mas da responsabilidade, ordenação e consagração a um sacerdócio que, pela passividade, retira a subjetividade do primeiro lugar pelo “acolhimento” e pela obrigação em relação a “outrem”, tal como se vivencia no “fazer responsável” do Bom Samaritano.³⁸ É determinada a posição do Romano Pontífice quando declara na *Salvifici Doloris* que a fonte do mal e do sofrimento não possui uma origem em Deus. Posição contrária, encontramos no niilismo historicista, onde Deus é colocado como responsável do mal no mundo.

O sofrimento está perante a inversão de valores e afirma-se numa “moral de medíocres” ao se comprazer nas formas mais doentias da existência. Mesmo assim, estas dores podem ser muito penosas: mas não é sem dor que se consegue chegar a ser um guia e um educador da humanidade.³⁹ O sofrimento e a dor encontram-se patentes na realidade quotidiana dos seres humanos que acompanham, configuram e determinam a vivência e a entidade da doença. Por isso é que o sofrimento, mais do que a dor, apresenta-se como um conceito ora equívoco ora analógico, marcado pelo enigma.⁴⁰ A dor e o sofrimento têm significados diversos, dependendo do âmbito e da ciência que os analise e dos contextos sociais

36 A dor do outro é o fenômeno do sofrimento na sua inutilidade e na sua justificação, a fonte de toda a imoralidade. [Cf. E. LÉVINAS. Art. *La souffrance inutile*, in: Les Cahiers de la nuit surveillée. Paris: Verdier, 1984, 329-338]; Cf. E. LÉVINAS. *Die Zeit und die Andere*, trad. do francês. Hamburg: Felix Meiner 1984, p. 42-43.

37 Cf. E. LÉVINAS. *Entre nous: essais sur le pensé à l'autre*. Paris: Grasset 1991, p. 108.

38 Cf. AAS, nº 7, p. 207.

39 Cf. F. NIETZSCHE. *Menschliches, Allzumenschliches*, in: Nietzsche Werke. Vol. II. Berlin: W. de Gruyter 1967, nº 109, p. 108-109.

40 Cf. J. F. MORA; H. LEBLANC. *Lógica*. México: Fondo de Cultura Económica 1970, p. 10-25.

que os interpretem.

São processos reversíveis, de modo que da dor poderá advir o sofrimento e do sofrimento persistente poderá surgir a dor. A dor é fator de sofrimento no sentido em que poderá significar uma “ameaça” para a integridade pessoal ou ainda porque sobrecarrega os sistemas sensoriais, podendo, desse modo, limitar a capacidade de relação com o mundo. O sofrimento alcança a pessoa, na sua unidade mais íntima, a ponto de se poder exclamar *dolor intimior intimo meo*, onde o Eu entra em conflito com o Corpo ou pelo *suffer ergo sum* de Schopenhauer. Dor e sofrimento são termos por vezes utilizados como sinônimos e, de fato, embora se devam distinguir, são entidades próximas apesar de ser a dor uma das fontes mais evidentes de sofrimento. Se o sofrimento não possui mecanismos fisiológicos, a dor necessita de uma explicação de ordem neuronal.⁴¹

A “American Pain Society” usa a definição de dor de Merskey: uma sensação desagradável e uma experiência emocional associada à lesão potencial ou atual do tecido. Fisiologicamente, o conceito de dor física relaciona-se intimamente com a “nocicepção”. Este termo é determinante para descrever a resposta neuronal a um estímulo traumático, dado que nem todas as dores resultam da “nocicepção” (dor psicológica ou social), ou seja, muitos doentes experimentam dor na ausência de estímulo nociceptivo.⁴² A dor é uma queixa, frequente e comum a muitas patologias, enquanto que o sofrimento é uma “vivência” que ultrapassa a dor e corta a alma. Para a dor há analgésicos, enquanto que para o sofrimento a “terapêutica” vem da alma. Existem situações de sofrimento tão inimagináveis, incontroláveis e desesperantes, que deveriam analisar-se com sensibilidade, maturidade, humanismo, atitudes de ajuda, ternura e consolo. Na verdade, o conceito de sofrimento relaciona-se com a dor moral, o dano, a perda e as expectativas negativas que a vida nos impõe. O sofrimento não tem fisiologia. A dor é uma realidade fisiológica, enquanto que o sofrimento se apresenta como uma condição de “ameaça” ao espírito. Apesar da significativa presença e influência da dor, são múltiplas as causas que têm incidência no aparecimento das condutas do sofrimento: insatisfação na vida diária; doenças orgânicas; hospitalização; deterioração; experiências emocionais desagradáveis;

41 Cf. S. Urraca MARTINEZ (ed.). *Eutanasia Hoy: un debate abierto*. Madrid: Noesis 1996, p. 117.

42 Cf. J. MELO. *Dor Oncológica, guia práctico*. Coimbra: Pòntica 1998, p. 13; Cf. P. D. WALL; P. MELZACK. *Textbook of Pain*. 4. Ed. Edinburg: Churchill Livingstone 1999, p. 11-13.

objetivos vivenciais do bem-estar inatingíveis, etc.⁴³

O sofrimento, nos seres humanos, nem sempre se verbaliza. As experiências e condutas da dor podem controlar-se na “práxis” médica com relativo êxito. No entanto, nas manifestações do “sofrimento”, a sua etiologia e tratamento caracterizam os limites da Medicina, isto porque o sofrimento entra no âmbito da interioridade da pessoa ou no mundo psicossomático.⁴⁴ Segundo V. Frankl, o homem não se destrói pelo sofrimento, mas por sofrer sem sentido. Assim, no *homo dolens* afirma-se que o sofrimento, para ter um sentido, não pode ser um fim. A disposição para o sofrimento e para o sacrifício poderá degenerar. Verdadeiramente, o sofrimento só tem sentido quando se padece por causa de “outrem”. Assim, o sofrimento, dotado de sentido, aponta para um mais além de si. O sofrimento, com todo o sentido, remete à causa por meio da qual padecemos.⁴⁵ Em suma, o sofrimento, na plenitude do sentido, será dado pela “teodiceia do sacrifício”. Em V. Frankl, a dotação de sentido produz-se quando o sofrimento passa a ser pela justificação do sacrifício, ao chegar a implicar toda a vida.⁴⁶ Segundo o criador da logoterapia, o sofrimento é oportunidade que reside na atitude que se adota ao suportar o seu peso. Com efeito, a “capacidade de sofrimento” nada mais será do que uma forma para realizar valores e atitudes.

Segundo este pensador, não será só a criação que poderá dar sentido à existência; mas, o encontro e o amor podem fazer com que a vida tenha sentido pelo sofrimento. V. Frankl determina a sua perspectiva mostrando como esta dimensão do *homo dolens* é independente no âmbito da realização relativamente ao *homo faber*. Contudo, o *homo dolens* move-se numa linha vertical, cujas categorias são o cumprimento ou o desespero. Tal como nos ensina a experiência da vida, é possível ao *homo patiens* atingir o compromisso de si mesmo no contexto do mais profundo fracasso pelo sofrimento mais extremo. O sacrifício, como fundamento do sentido do sofrimento, foi recebido pelo homem para dar sentido à vida ou à morte.⁴⁷ A humanização da saúde consegue ter a capacidade de integrar o sofrimento e a finitude do *homo patiens*. O sofrimento e a dor não são capazes *per se* de privar a vida de sentido. O

43 Cf. A. Rodrigues de la SERNA. Art. *Los nombres del dolor*, in: *Dolor*, 16 (2001), p. 163.

44 Cf. S. Urraca MARTÍNEZ (ed.), *Eutanasia Hoy*, 126.

45 Cf. V. FRANKL. *El hombre doliente*, trad. do alemão. Barcelona: Herder 1994, p. 257-258.

46 Cf. *Ibidem*, p. 259.

47 Cf. *Ibidem*, p. 260.

sofrimento pode desumanizar quem não aceita integrá-lo, mas pode ser fonte de verdadeira libertação. Não porque a dor e o sofrimento sejam bons, mas porque o amor a Deus é capaz de lhes dar sentido.

Não se trata, pois, de escolher a dor ou o sofrimento sem mais. A humanização pelo sofrimento, em sentido aretológico-axiológico, significa que se fica “curado” e se outorga este sentido. Assim, teremos que incorporar a “paciência” como virtude prioritária, que acompanha a vulnerabilidade e que ajuda a sair da frustração. A paciência ajuda a manter a esperança do coração. Esta ajuda a manter a esperança e dá sentido à vida e ao sofrimento. Ser paciente significa não se deixar roubar, ao ser transparente de alma, pelas feridas sofridas porque a caridade é paciente.

A paciência mantém o homem na posse da sua alma, sendo a virtude da personalidade livre, em que o homem não se deixa arrastar para um estado de tristeza. Assim, esta é uma virtude fundamental na humanização, porque não exclui uma atividade empreendedora, mas somente exclui um coração triste e desorientado.⁴⁸ A paciência é a quinta essência de uma depurada vulnerabilidade interna.

No entanto, para curar o sofrimento e dar-lhe sentido ético, teremos que incorporar, além da paciência, a esperança. Perante a realidade humanizadora, a abertura humana, em ordem ao futuro, necessita de “projeto”. A espera humana, inerente ao projeto de humanização, poderá ser enriquecimento ou deficiência, apoiada na confiança ou ferida pela desconfiança. No entanto, nem a confiança pode ser segurança total no bom êxito, nem a desconfiança pode ser certeza absoluta num fracasso total, porque há a “competência” do clínico.⁴⁹ Pelo sofrimento, a esperança é uma atitude anímica em virtude da qual o homem confia de modo mais ou menos firme, mas nunca com inteira segurança na realização das possibilidades do futuro, como se reflete na *Salvifici Doloris*. Contudo, o sofrimento é humanizador porque determina o amadurecimento do doente, dando outro significado à vida e denotando-o com uma pedagogia própria a tal ponto que, segundo J. González-Anleo, o *λόγος* e o *πάθος* estão condicionados pela percepção do sofrimento, bem como pelo cuidado do *homo dolens*.⁵⁰

48 Cf. S. Tomás de AQUINO. *Summa Theologiae*, in: *Opera Omnia*. Vol. II. Stuttgart: Frommann 1980, II-II, q. 136.

49 Cf. P. L. ENTRALGO. *La espera y la esperanza*. Madrid: Alianza 1984, p. 12-20.

50 Cf. I. ORELLANA. *Pedagogía del dolor*. Madrid: Palabra 1999, p. 62.

De tudo quanto se disse, aúfere-se que a dor é um processo, enquanto que para uns o sofrimento é condição da vida e da doença, para outros, apresenta-se como mistério. Tal como na humanização pela dor e pelo sofrimento, assim o Desvalido no Caminho é o “homem sofredor”, que não fala, não grita, não faz e nem age. Está, pela dor e pelo sofrimento, no silêncio de Deus e na proximidade do Samaritano. Para terminar como começamos, a humanização tem um véu, como o de Verônica, segundo a narrativa apócrifa (sendo este venerado, em Roma, a partir do século X), no qual está estampada a dor e o sofrimento do Desvalido no Caminho pela *via crucis*.

VIII. CONCLUSÃO

O enfermeiro está numa posição privilegiada, é o elemento da equipe que, regra geral, conhece melhor o doente como pessoa e todo o seu contexto familiar, econômico e sócio-cultural, fazendo com que tenha maior possibilidade de detectar as necessidades específicas do doente, nomeadamente, na fase em que o doente se encontra e saber qual a melhor forma de lhe dar a resposta mais adequada, com o conhecimento das fases do processo de morrer.

Apesar de ser relativamente óbvio, está patente a dificuldade que as pessoas têm em lidar com a morte. Essa dificuldade é experimentada não só pela população em geral mas, de igual modo e talvez, surpreendentemente, também pelos técnicos de saúde. Ao saber que a morte é algo inevitável e iminente, é fundamentalmente importante conviver com ela, no entanto, os doentes tendem a vivenciar vários estádios à medida que processam essa informação. Assim realçamos que, num futuro próximo, o processo de morrer virá a expor novos problemas à ética médica. O confronto com as situações relacionadas com a morte e o processo de morrer aumenta a necessidade de formulação de decisões.

Colocamos algumas questões: na verdade será preciso morrer para aprender a viver?

Será que estamos prontos e preparados para morrer?

Será que conseguimos ultrapassar essas fases descritas diante da nossa morte?

Então, também os doentes em estado de fragilidade têm algumas dificuldades e não conseguirão ultrapassá-las sem a nossa ajuda?

Afirmamos que se deve compreender o processo de morrer, talvez assim cada vez menos os doentes e nós próprios não tenhamos medo do

momento da morte.

Terminamos o trabalho com uma frase de Walter Osswald: “talvez a pessoa idosa nunca tenha lido Fernando Pessoa e não saiba que ‘A morte é a curva da estrada/morrer é não ser visto’. Mas sentirá a necessidade de, antes de dobrar a curva, reavaliar a sua relação com aqueles que o deixarão de ver”.⁵¹

51 Walter OSSWALD. Art. *O encontro com o outro no fim da vida*, in: *Cadernos de bioética*. 21 (1999), p. 38.