

Dilemas do Enfrentamento da Morte de Pacientes Idosos

Dilemmas to Cope with the Death of Elderly Patients

Sadi Poletto^a; Janaína Rigo Santin^{a*}; Luiz Antonio Bettinelli^a

^a Universidade de Passo Fundo, Programa de Mestrado em Envelhecimento Humano, RS, Brasil

*E-mail: janainars@upf.br

Resumo

O artigo aborda o processo de morte e morrer em idosos, mencionando o envelhecimento, o processo da finitude e o enfoque ético-jurídico sobre terminalidade. Busca-se ampliar a compreensão sobre as etapas da vida, dignificando o princípio da autonomia. O fundamento da reflexão enfoca as percepções e vivências sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal. Essas manifestações buscam contribuir para alterar a visão essencialmente tecnicista que cerca a assistência médica, assim como auxiliar na humanização do processo do cuidado a pacientes idosos terminais.

Palavras-chave: Envelhecimento Humano. Bioética. Princípio da Autonomia. Terminalidade.

Abstract

This paper approaches the process of death and dying in the elderly, mentioning aging, the process of the end of life and the ethical and legal focus on terminality. We aimed to broaden the understanding of the stages of life, dignifying the principle of autonomy. The foundation of thinking focuses on the perceptions and experiences without undertaking useless or obstinate diagnostic or therapeutic actions, considering the express wish of the patient or, if not possible, his/her legal representative. These events aim to contribute to the alteration of the essentially technicist view surrounding medical assistance, as well as to help the humanization of the process of care to elderly terminal patients.

Keywords: Human Aging. Bioethics. Principle of Autonomy. Terminality.

1 Introdução

A abordagem do tema da finitude não se insere frequentemente nas discussões do contexto educativo, social e cultural do meio em que se vive. Abordam-se fatos inerentes à vida e sublimam-se fenômenos associados à perda e ao sofrimento, sempre com o objetivo de prolongar a vida e não de dirigir o olhar ou o pensamento para a sua finitude.

Observa-se que os mecanismos de defesa emocionais são fatos inconscientes para proteger o indivíduo, garantindo o equilíbrio da personalidade. Aplicam-se na finitude alguns desses mecanismos como a negação, que considera como não existente a realidade externa, por desagradável ou penosa para o ego. Assim “o indivíduo reinterpreta uma situação geradora de ansiedade, redefinindo-a” (TRINDADE, 2010, p.644).

A história pretende reencontrar os homens e compreender suas reações diante de uma passagem que não admite fraude e apresenta três níveis de discussão: morte consumada, morte vivida e discurso sobre a morte. Para o autor, é uma dialética extremamente sutil e complexa, com inércias e tempos fortes, impõe uma história que se desenvolve necessariamente na longa duração (VOVELLE, 1991).

Nas organizações hospitalares, a terminalidade convive normalmente com a tríade paciente, familiar (cuidador) e profissional da saúde, independente de fatores como o

epidemiológico, que está baseado na prova clínica descritiva. O fato ocorre e é vivenciado pelos profissionais da saúde no seu cotidiano.

O transcurso da terminalidade em idosos, associado ou não às doenças terminais, tem um ciclo que merece novos olhares no processo de geração e transformação do conhecimento humano. Para isso, é importante analisar a conduta médica e observar o paradigma benigno humanitário do novo código de ética médica, conforme a Resolução CFM Nº 1.931, de 17 de setembro de 2009, em vigor a partir de 13 de abril de 2010. Com essa nova normatização, verifica-se a valorização do princípio de autonomia (CFM, 2010).

Quando surge o problema da aceitação da morte, as discussões emergem nos meios acadêmicos, abordando o tema da terminalidade do ser humano. As dúvidas suscitadas questionam alguns dilemas educativos, éticos, legais, religiosos, culturais e sociais. A intenção da discussão fixe-se no dilema ético e bioético sobre finitude, envelhecimento e prolongamento do sofrimento pelo processo tecnicista, com a utilização de meios de prolongar a vida. Para isso, empreendem-se “ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, sem haver melhora” (CFM, 2010), as quais interferem no curso natural do processo vida-morte.

A partir do conceito de ortotanásia, de França (2003), definido como atuação correta frente à morte, ou também

como abordagem adequada diante de um paciente que está morrendo, formula-se o problema central desse estudo, descrito a seguir.

Qual é o momento de deixar o idoso em fase terminal fazer sua passagem da vida para a morte, observando o pressuposto hipocrático do *primum non nocere*, que significa primeiro não ser nocivo?

Nessa perspectiva, o estudo tem a finalidade de abordar as vivências e os enfrentamentos de médicos no processo da terminalidade de pacientes idosos. Observa-se, no paradigma benigno humanitário do código de ética médica, a valorização do princípio de autonomia, no seu artigo 41, parágrafo único. A partir dessa normatização, é possível construir um novo olhar na leitura da ética, da bioética e do processo da terminalidade humana. Busca-se dar ênfase ao prisma do paciente nas práticas médicas, nas quais o profissional médico enfrenta o final da vida de seu paciente e precisa dirigir olhares às modificações trazidas pelo novo código de ética médica. Este confronta os princípios norteadores da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, dando especial relevância ao princípio da autonomia do paciente.

O fato delimita-se no, capítulo V, artigo 41, parágrafo único, associado aos fundamentos e preceitos bioéticos. No Capítulo V - Relação com Pacientes e Familiares, artigo 41, está descrito que é vedado ao médico: “abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal”. E no parágrafo único consta que: nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal (CFM, 2010).

2 Desenvolvimento

As imagens contemporâneas da morte encontram-se intimamente articuladas na construção de naturalidade do processo da terminalidade. Conforme entendimento de Vovelle (1991), a história da morte é tecida de silêncios involuntários e de silêncios voluntários. O caderno de encargos sobre isso se acha inevitavelmente agravado.

Atualmente existe muita confiança na intervenção das tecnologias médicas no processo do morrer, buscando o alívio da dor e do sofrimento do paciente e da família. Esses aspectos são evidenciados pelos meios de tratamento das terapias intensivistas, que, no olhar bioético, são menos determinantes de uma morte mais humana e natural.

Com os avanços tecnológicos em saúde, existem situações importantes a serem analisadas, como as repercussões decorrentes do progresso das ciências biomédicas sobre a abordagem/condução e as relações assimétricas construídas ao longo do tempo por profissionais da saúde nas ações cuidadoras. Dentre esses, aponta-se a ênfase na cura, que parece permear as práticas dos profissionais da saúde. Sabe-se

que muitos acreditam que, quando não há mais tratamento para a cura, não há mais o que fazer pelo paciente. Assim, devido à ampla produção dos recursos para a manutenção da vida, é de extrema significância o empenho para resguardar a dignidade humana no momento da morte.

Observa-se que nas instituições de graduação, de onde emergem os profissionais da saúde, pouco ou nada se discute sobre o tema da tanatologia. Os conteúdos pedagógicos priorizam tecnologias e tratamentos, ensinando a manutenção da vida. As disciplinas sobre morte e morrer são raras nos programas de graduação (SANTOS, 2009).

Na prática, o profissional da medicina envolve-se em questões vivenciais do cotidiano, que provocam inquietudes em relação à terminalidade humana. Quando ele está frente a pacientes idosos, com diagnóstico de doenças terminais, como um carcinoma inoperável, questiona-se qual a conduta médica a ser tomada. Os sentimentos em relação aos familiares, por certo, devem ser de respeito e humanidade. Pela conduta bioética acredita-se que o melhor é não ser mecanicista e tecnicista, focalizando a manutenção da vida a qualquer custo, e sim aceitar que a morte faz parte da vida e que pode ocorrer de forma natural (PENSSINI, 2001).

Com a redação do novo código de ética médica, aflora a necessidade de ampliar a compreensão sobre as etapas da vida até sua terminalidade, buscando fundamentar quais os rumos a seguir. Essa ampliação de conceitos fundamenta-se de forma a contrapor o tecnicismo, o qual muitas vezes torna-se abusivo, como forma de prolongar o sofrimento humano e interferir no processo de viver e morrer.

A opção de não prolongar o sofrimento de uma vida eminentemente no limiar é um problema delicado. Exige intenso discernimento por parte da equipe de saúde, criterioso diálogo e tomada de decisão consciente. Nesse diálogo, são de importância significativa os três participantes envolvidos: o paciente, a família ou cuidador e o profissional médico.

Este estudo tentará trazer outros conhecimentos que poderão auxiliar os profissionais médicos no enfrentamento do processo da morte e o morrer de pacientes idosos, sem perspectivas de melhora, modificando o olhar essencialmente tecnicista que cerca a assistência médica, assim como humanizar o processo do cuidado a pacientes terminais.

2.1 Envelhecimento humano

A Organização Mundial da Saúde classifica cronologicamente como idosos as pessoas com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos de idade, em países em desenvolvimento (IBGE, 2010). No Brasil, o Estatuto do Idoso define como pessoa idosa o portador de 60 anos ou mais (BRASIL, 2009).

A velhice, observando o fato histórico de sua progressão numérica, inicialmente estava restrita ao manejo do idoso na célula familiar. Com o aumento significativo do número de idosos e a modificação da pirâmide etária, isso passa a ser, no século XXI, um fato social que deve envolver, além do

núcleo familiar, a sociedade como um todo e o planejamento de políticas públicas.

A expectativa de vida, que é a idade em que mais ou menos a metade de um grupo de pessoas nascidas em um mesmo período de tempo morre, modificou-se a partir do século XX. Isso aconteceu em decorrência da redução da mortalidade infantil, do atendimento hospitalar, do atendimento de unidades de terapia intensiva e dos transplantes de órgãos, dentre outros fatores (STUART- HAMILTON, 2002).

Segundo projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a vida média do brasileiro chegará ao patamar de 81 anos em 2050. Os avanços da medicina e as melhorias nas condições gerais de vida da população repercutem no sentido de terem elevado a média de vida do brasileiro que era de 45,5 anos de idade, em 1940, para 72,7 anos, em 2008, ou seja, mais 27,2 anos de vida. O país continuará galgando anos na vida média de sua população, alcançando em 2050 o patamar de 81,29 anos, basicamente o mesmo nível atual da Islândia (81,80), China (82,20) e Japão (82,60). Para o Brasil, em relação à população de idosos na faixa etária com sessenta anos ou mais, estabelece-se um percentual de 13,67% para 2020, 18,70% para 2030 e 29,75% para 2050. No estado do Rio Grande do Sul, a faixa etária de sessenta anos ou mais, estimada em 2009, correspondia a 12,98 % da população (IBGE, 2010).

Em 1999, foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde - CNS - a política nacional de saúde do idoso, com o propósito de promover um envelhecimento saudável e prevenir doenças. Ela foi atualizada em 2006, através da Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, a qual aprovou a política nacional de saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2006).

Entretanto, a positividade de novas leis destinadas à proteção das pessoas idosas não garante, por si só, uma vida digna a esse contingente populacional que demanda maiores cuidados. O idoso exposto aos fenômenos biológicos do envelhecimento, por vezes, tem o estereótipo de peso social. O paralelo do discurso é estabelecido com o envelhecimento e a finitude.

2.2 Envelhecimento humano e o processo de morte e morrer

Nas características do envelhecimento, constata-se, com frequência, a redução da capacidade de adaptação ambiental, a diminuição da velocidade de desempenho, o aumento da susceptibilidade a doenças, a redução da altura corporal, a perda de massa muscular e óssea, a perda progressiva da capacidade de audição, a perda progressiva da memória e a redução da percepção de outros órgãos dos sentidos. A partir da maior susceptibilidade a doenças, estabelecem-se alguns problemas de saúde mais incidentes como incontinência urinária, instabilidade postural e quedas, imobilidade, demência, delírios e depressão.

No contexto do envelhecimento, não se consegue estabelecer o momento da finitude. Observam-se, pelos dados estatísticos, as incidências de morbidade e

mortalidade relacionadas aos idosos. As doenças do aparelho cardiocirculatório e do aparelho respiratório, associadas a neoplasias, são as mais incidentes nas causas de morte em pessoas da faixa etária de 65 anos ou mais (IBGE, 2010).

As fases do desenvolvimento humano têm direção única, que é o princípio da vida com o nascimento e, em algum tempo, encerra-se com o final do ciclo das etapas de desenvolvimento humano. Entretanto, a palavra morte ainda é temerária porque não está inserida no contexto educativo, social e cultural do meio em que se vive. Ela está incluída no contexto da obscuridade, do fato proibido, pois o pressuposto da vida é prolongá-la e não dirigir o olhar ou pensamento para a finitude do ser humano.

Sobre as percepções da evolução da morte, observam-se os estágios de pacientes com doenças neoplásicas terminais, que são descritos por Kübler-Ross (2005) como: choque inicial, negação-isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação. A autora percebe que, em todas elas, permanece a certeza de que a morte está implícita, como elemento do ciclo vital.

Nos fundamentos antropológicos citados por Morin (1997), há a referência do paradoxo da dualidade do risco da morte e o horror da morte. Essa característica, segundo o autor, é a dupla polaridade da atitude humana frente à morte.

As diferentes áreas da saúde têm buscado incessantemente vencer a luta contra o envelhecimento e a morte, procurando explicar e controlar a fecundação e a gestação, bem como bloquear os processos patológicos que acarretam óbitos. Atualmente, poucos são os limites estabelecidos para que o homem não prossiga nessa caminhada, e ela tem ultrapassado inúmeras vezes os limites morais, éticos e jurídicos, no que tange à dignidade da vida humana.

Durante séculos, a determinação da morte de uma pessoa era uma questão muito direta. A cessação das funções cardíaca e respiratória era suficiente para concluir que a pessoa estava morta. Com o avanço das tecnologias em saúde, os pesquisadores tentaram de várias formas aumentar a média de idade das pessoas, assim como buscar adiar a morte através do suporte por meios artificiais, com vistas a manter as funções cardíaca e respiratória após a cessação espontânea. De modo geral, os progressos realizados nas últimas décadas em relação à tecnologia médica levaram a um prolongamento notável na duração da vida e, de certa forma, tendem a evitar a morte a todo custo.

No século XXI, a morte ainda é vista, na área da saúde, como tabu, insucesso e até incompetência profissional. O grande desenvolvimento da medicina permitiu a cura de várias doenças e o prolongamento da vida. Entretanto, esse desenvolvimento pode levar ao impasse quando se trata de buscar a cura e salvar uma vida, com todo o empenho possível, num contexto de missão impossível: manter uma vida na qual a morte já está presente. Essa abordagem e as atitudes de tentar preservar a vida a todo custo são responsáveis por um dos maiores temores do ser humano na atualidade: ter a sua vida mantida à custa de muito sofrimento, solitário

em uma Unidade de Terapia Intensiva ou em um quarto de hospital, tendo por companhia apenas tubos e equipamentos (KOVÁCKS, 2003).

A morte faz parte do desenvolvimento humano desde o seu nascimento, acompanhando o ser humano em todo o seu ciclo vital. Vários questionamentos, discussões e reflexões são realizadas entre os profissionais da saúde e sociedade em geral, com a intenção de preparar as pessoas para esse fato tão presente na existência. Essas discussões têm como base algumas respostas científicas, outras fundamentadas nas religiões, nas ciências, nas artes, nas filosofias, entretanto, nenhuma delas é completa e universal. Nesse sentido, as discussões sobre o tema morte e o processo de morrer nas instituições hospitalares são de fundamental importância para diminuir os dilemas éticos nas relações do cuidado.

Atualmente, os debates procuram focalizar a morte e o morrer com dignidade, implantação ou não manutenção de tratamentos com o objetivo de prolongar a vida, a eutanásia e a distanásia, entre outros aspectos. Algumas instituições hospitalares organizaram seus comitês de ética multidisciplinares, que acabam por favorecer a criação de espaços para discussão, estimulando questionamentos sob múltiplos olhares, desencorajando respostas rápidas e simplistas. Essa análise é feita sempre sob os princípios norteadores da Bioética. Estimulam-se várias visões sobre o tema morte e o processo de morrer, aceitando-se as diferenças, a hierarquia dos conflitos e buscando-se a definição dos termos e a clarificação da situação sob discussão. Os hospitais são os locais por excelência para esse tipo de discussão, pois a morte atualmente tem lugar, diferentemente de outrora, nesses cenários. Além desse tema, buscam rediscutir a dor e o sofrimento da família e dos profissionais que, muitas vezes, se sentem perdidos sobre como lidar com o fim da vida e a aproximação da morte (KOVÁCKS, 2003).

No processo de terminalidade, os profissionais da saúde precisam levar em conta a qualidade de vida da pessoa enquanto permanecer viva e não a quantidade de vida que lhe resta. Assim, cuidar de alguém que está vivendo seus últimos momentos requer dos profissionais habilidades, tais como sensibilidade, respeito, escuta atenta e conhecimento sobre os principais sinais e sintomas presentes na fase terminal. Nesta etapa, as medidas de intervenção vão além do plano físico, uma vez que as dimensões emocionais e espirituais podem ser as mais afetadas (BURLÁ; PY, 2004).

A partir dessas ideias faz-se uma revisão sobre o conceito de morte. A palavra morte, descrita nos dicionários da língua portuguesa, tem sua significação transcrita como o fim da vida, grande pesar. Para Morin (1997, p.356),

a consciência realista da morte é traumática em sua própria essência, a consciência traumática da morte é realista da sua própria essência. Onde o traumatismo ainda não existe, onde o cadáver não está singularizado, a realidade física da morte ainda não está consciente.

Nesse sentido, os seres vivos são marcados pela temporalidade da vida, porém luta-se contra a ideia da finitude, destacando o paradoxo existencial que se apresenta frente ao dualismo vida e morte. Esse aspecto é marcante na cultura ocidental e de forma agudizada leva à angústia dos seres humanos, tornando mais problemático e difícil seu enfrentamento. Existe a oposição de dois momentos de uma mesma realidade: a de sermos seres vivos e que, portanto, iremos morrer um dia (BELLATO; CARVALHO, 2005).

A existência do ser humano, do qual vida e morte se fazem parceiras inseparáveis, é um problema dos vivos e, apenas e tão somente, dos seres humanos. Embora compartilhem o nascimento, a doença, a juventude, a maturidade, a velhice e a morte com os animais, apenas eles, dentre todos os seres vivos, sabem que morrerão (ELIAS, 2001).

No olhar de Baudrillard (1996), a imagem da morte tem acompanhado o existir humano desde os primórdios, levando a um enorme vazio diante da vida. A morte, porém, nunca deve ser entendida como experiência real do sujeito ou de um corpo, mas, eventualmente, como forma de relação social na qual se perde a determinação do sujeito e do valor.

Desde os primórdios, a ritualização mítica da morte é uma forma de função de transcender o sofrimento pela finitude do ser humano. O que é fundamental e universal da morte humana é a sepultura, que mostra a diferença com outros animais. A morte, por sua vez, sempre suscitou emoções que se socializaram em práticas fúnebres e o não abandono ou respeito aos mortos, levando a uma crença na sua sobrevivência. Não existem povos que costumam abandonar os seus mortos e que não estejam envolvidos com rituais pós-morte. Esses aspectos demonstram o ritual da passagem para outro estágio, sempre com a ideia do prolongamento da vida. É descrita como uma viagem, um sono profundo, enfim, existe outra morada, no além, para esse ser humano. Assim, o ser humano acaba projetando a vida para um tempo indefinido, mas não necessariamente eterno (MORIN, 1997).

Dobrot (2002) mencionando Freud, diz que o indivíduo nunca passou pela experiência da morte, e, desde que ela não existe no seu subconsciente, ele não teme a própria morte. Segundo Freud, o que ele teme são outros conflitos não resolvidos, como sentimentos de abandono e castração.

No processo da terminalidade do ser humano, precisa ser considerada não a quantidade de vida que resta à pessoa, mas sim a sua qualidade (TORRES, 2001). Para os profissionais da saúde, esse é um dos aspectos mais importantes e difíceis quando se deparam com pessoas que acabam morrendo, apesar dos esforços despendidos. Mesmo não sendo possível alterar esse fato, é possível ter um efeito significativo e duradouro sobre a maneira pela qual o sujeito vive até o momento da morte, a maneira pela qual ela acontece e as memórias que ficam da morte para a família. A educação, a prática clínica e a pesquisa sobre o cuidado em fase terminal estão evoluindo, e a necessidade de preparar profissionais da

saúde para o cuidado ao sujeito em fase terminal surge como uma prioridade (PESSINI, 2001).

Uma das situações críticas do cuidado da vida é quando ela é marcada por dor e sofrimento intoleráveis e sem perspectivas, provocados por determinada doença séria de características mortais. Esse é um dos motivos pelos quais muitas vezes a opção pela eutanásia torna-se atrativa no sentido de abreviar a vida intencionalmente por causa da dor e do sofrimento. É muito frequente ouvir nas Unidades de Terapia Intensiva e nos corredores do hospital pacientes que verbalizam em alto e bom tom que não temem tanto a morte em si mesma, mas sim a dor e o sofrimento do processo do morrer. O cuidado da dor e do sofrimento é a chave para o resgate da dignidade do ser humano nesse contexto crítico, e é um dos objetivos da medicina desde tempos imemoriais. A problemática da dor e do sofrimento não é pura e simplesmente uma questão técnica; para, além disso, é uma das questões éticas contemporâneas de primeira grandeza e que precisa ser vista e enfrentada nas suas dimensões física, psíquica, social e espiritual (PESSINI, 2001).

Assim, conforme Pessini (2001), a dor e o sofrimento despertam conotações relacionadas com a morte. Ele afirma que alguns profissionais da saúde falam de dor, mas não sabem, de fato, o seu significado.

A dor pode ser definida como uma perturbação da sensação do corpo. O sofrimento pode ser definido, no caso de doença, como um sentimento de angústia, vulnerabilidade, perda de controle e ameaça da integridade do eu. “Pode existir dor sem sofrimento e sofrimento sem dor” (PESSINI, 2001).

A partir do conhecimento desses conceitos, se estabelece a definição do cuidado e a relação do indivíduo com a terminalidade. A conduta, nessa fase de transição, tem várias conotações quando o profissional da saúde se depara com o óbito. Nas palavras de Kübler-Ross (2005, p.296), “os hebreus consideravam o corpo do morto como alguma coisa impura, que não podia ser tocada. Os antigos índios americanos falavam dos espíritos do mal e atiravam flechas ao ar para afugentá-los”.

Como relata Santos (2009), na idade antiga os egípcios representavam a passagem da vida para a morte de maneira bem peculiar. Deixaram os monumentos, como pirâmides e esfinges e praticavam a conservação dos mortos através da mumificação. O Livro dos Mortos orientava as práticas fúnebres, delineando abordagens que levavam a reflexões sobre a maneira de considerá-las adequadas ao seu olhar religioso e cultural.

A representação do momento da morte egípcia está na gravura do Julgamento de Osíris, em que a alma era levada a um tribunal na presença dos deuses Tot, Anúbis e Osíris. Ali as atitudes em vida eram medidas através da balança da deusa da justiça, na qual o coração do morto era pesado, tendo como contrapeso a pena de uma ave. Os egípcios acreditavam que este órgão continha todas as virtudes e vícios da alma. As almas generosas teriam, naturalmente, um coração leve e

as almas dos maus seriam pesadas e, se fossem condenadas, acabariam devoradas pelo deus monstro e não poderiam renascer (SANTOS, 2009).

No pensamento grego sobre a passagem da vida para a morte, Sócrates, transcrito por Platão, diz: “sem a convicção de que vou me encontrar primeiramente junto de outros deuses, sábios e bons, e depois de homens mortos que valem mais do que os daqui, eu cometeria um grande erro não me irritando contra a morte (SANTOS, 2009).

Desde os primórdios da civilização, a terminalidade e a morte são temas que provocam inúmeras inquietudes e, muitas vezes, aterrorizam a humanidade, embora todos saibam que este fenômeno faz parte do ciclo da vida. Surge com ênfase, no final do século XX, a preocupação com a qualidade de vida e dignidade humana desses pacientes, denominando-se cuidados paliativos. Essa abordagem é reconhecida como uma disciplina discutida entre os profissionais da saúde.

Cuidado paliativo é a abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Para tanto, é necessário a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e de outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (DAVIES; HIGGINSON, 2004).

Inicialmente, os cuidados paliativos foram direcionados às pessoas portadoras de câncer. Com o passar do tempo, esse tipo de cuidado ganhou prestígio e cresceu o interesse em oferecê-lo a indivíduos portadores de outras doenças, nos *hospices* em Londres. Esse serviço foi criado por Cecily Saunders, que cuidava das necessidades dos pacientes em fase final no Hospital S. Thomas (FOUNDATION, 2005).

No Brasil, apesar dos dados não serem oficiais, existem cerca de quarenta serviços de cuidados paliativos (PESSINI; BERTACHINI, 2004). Para Alves (2003) a vida não é uma coisa biológica. A vida é uma entidade estética. Morta a possibilidade de sentir alegria diante do belo, morre também a vida, tal como Deus no-la deu – ainda que a parafernália dos médicos continue a emitir seus bips e a produzir zigue-zagues no vídeo.

A angústia da morte presente na sociedade ocidental reflete-se na educação médica e nas atitudes dos médicos perante a morte. Santos (2009) conclui que os médicos creem defenderem-se contra a angústia da morte gerada pelo seu trabalho por meio de três mecanismos: negação, racionalização e isolamento das emoções. Estudos de Dickinson, em 2006, afirmam que das 122 escolas médicas, 100% oferecem aulas sobre morte e morrer e 94% sobre cuidados paliativos. No Brasil, o autor refere que apenas duas faculdades de medicina oferecem a seus alunos a disciplina de tanatologia como optativa na graduação (SANTOS, 2009).

Sabe-se que a morte não é um fenômeno instantâneo. Para Calabuig (2004), há sinais de cessação das funções vitais. Segue-se a concepção clássica da tríade Bichat das funções vitais, que consiste nas funções respiratória, circulatória

e do sistema nervoso. A parada funcional irreversível de qualquer um dos três sistemas é a morte do indivíduo. Devido à possibilidade de manutenção artificial das funções respiratórias e circulatórias, prevalece a concepção de morte encefálica como equivalente à morte absoluta e verdadeira do indivíduo.

Tem-se, assim, a concepção de morte nos diferentes olhares e o estudo necessita das conotações da ética para buscar novas concepções e conceitos dentro do ordenamento jurídico e bioético que se apresenta. Nesse ordenamento, os pressupostos de origem da vida e concepção já se estabelecem a partir da Constituição Brasileira. A continuidade dos fatos se sucede com o Estatuto do Idoso e culmina com o novo Código de Ética Médica.

O processo de morte e morrer ocorre e é vivenciado pelos médicos no seu dia a dia. Entretanto, importa trazer a lume as noções dos princípios da bioética (não maleficência, beneficência, justiça e autonomia) com vistas a auxiliar no processo de enfrentamento da terminalidade, fator inquestionável na vida do ser humano, mas que, mesmo inevitável, deverá ser vivenciado com dignidade.

3 Conclusão

O transcurso da terminalidade em idosos associado ou não com doenças terminais, tem um ciclo que merece novos olhares no processo de geração e transformação do conhecimento sobre o assunto.

Partindo da mistanásia, conceituada como morte por motivos errados de cunho social, ou morte decorrente da miséria, fora e antes do seu tempo normal, podem-se modificar olhares na construção do conhecimento, afirmando que a dor pode ser inevitável perante a terminalidade, mas o sofrimento é opcional. O Código de Ética Médica comunga com essa mesma preocupação quando, atentando para um grupo vulnerável específico, o paciente crônico ou terminal, proíbe, em seu artigo 130, experiências e uso de tratamentos médicos sem utilidade para o mesmo, com a intenção de não lhe impor sofrimentos adicionais.

O estudo norteia-se na afirmação de que a relação profissional/paciente deve ser diferente, valorizando-se cada ser humano e respeitando o princípio da dignidade. Esses aspectos permitirão a humanização do cuidado, e esta prática estará embasada no novo código de ética médica e nos princípios bioéticos já mencionados.

A partir das vivências descritas na literatura sobre a morte desde a antiguidade até os dias atuais, observa-se a mesma negação da aceitação de terminalidade. Embasando-se nesta premissa, busca-se um novo olhar para este paradigma tão conflitante que perdura no século XXI.

A vida do ser humano é feita de possibilidades, escolhas, concepções de mundo, mas tem limites. Ela se constrói e se desenvolve ao longo dos anos, porém sempre está presente a noção de finitude. É necessário mostrar que o ser humano precisa ter consciência e compreensão de sua finitude. Isso

também é pertinente aos pacientes idosos quando cuidados pelos profissionais. Essa reflexão sobre o processo de morte e morrer, suas possibilidades e alguns aspectos éticos permitirá debates sobre a existência humana, a utilização de tecnologias que prolonguem a vida, bem como os limites e possibilidades das terapêuticas utilizadas no setor de saúde.

Assim, pensa-se que a abordagem do tema possibilita reflexões que permitirão uma humanização no processo do cuidado, bem como do processo de morte e morrer, podendo diminuir o sofrimento humano.

Referencias

- ALVES, R. *O médico*. 4.ed. Campinas: Papirus, 2003.
- BAUDRILLARD, J. *As trocas simbólicas e a morte*. São Paulo: Loyola, 1996.
- BELLATO, R.; CARVALHO E.C. O jogo existencial e a ritualização da morte. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.13 n.1, p.99-104, 2005.
- BRASIL. Ministério do Trabalho. Portaria n. 2528 de 19/10/2006. Brasília, 2009.
- BRASIL. Ministério do Idoso. Estatuto do Idoso. Brasília, 2009.
- BURLÁ, C.; PY, L. Humanizando o final da vida em pacientes idosos: manejo clínico e terminalidade. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola, 2004, p.125-132.
- CALABUIG, G. *Medicina legal y toxicologia*. 6.ed. Barcelona: Massot, 2004.
- CFM – Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica. Brasília: CFM, 2010.
- DAVIES, E.; HIGGISON, I. *Mejores cuidados paliativos*. 2004. Disponíveis em: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/>
- DOBROT, A. Freud on death. 2002. Disponível em: <http://www.freudfile.org/psychoanalysis/papers-11.html>. Acesso em 6 dez. 2011.
- ELIAS, N. A solidão dos moribundos, seguido de envelhecer e morrer. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
- FRANÇA, G.V. Direito médico. São Paulo: Byk, 2003.
- FUNDATION CECILY SAUNDERS. Biography. 2005. Disponível em: <http://www.cicelysaundersfoundation.org/about-us/dame-cicely-biography>. Acesso em 4 jan. 2011.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados de estimativa de envelhecimento. Disponível <http://www.ibge.gov.br/english/presidencia/noticia-imprensa.php> Acesso em 6 dez 2011.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
- KOVÁCKS, M.J. Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Caso do Psicólogo, 2003.
- KÜBLER-ROSS, E. Sobre a morte e o morrer. 8.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- MORIN, E. O homem e morte. Rio de Janeiro: Imago, 1997.
- PESSINI, L. Dinastia: até quando prolongar a vida? São Paulo: Loyola, 2001.
- PESSINI, L.; BERTACCHINI, L. *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola, 2004.

SANTOS, F.S. *Cuidados paliativos: discutindo a vida a morte e o morrer*. São Paulo: Atheneu, 2009.

STUART-HAMILTON, I. *A psicologia do envelhecimento: uma introdução*. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

TORRES W.C. *As perdas do paciente terminal e o luto antecipado*.

Ribeirão Preto: Psicologia Argumento; v.19, p,7-12, 2000.

TRINDADE, J. *Manual de psicologia jurídica para operadores do direito*. 4.ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010.

VOVELLE, M. *Ideologias e mentalidades*. 2.ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.

