



**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
CURSO DE ENFERMAGEM**

*Discentes: Giovanna Delgado; Isidora Duarte; Melissa Monteiro*

**A MORTE E O CUIDADO: CONTRIBUTO DE ENFERMAGEM NO  
LIMITE DA VIDA**

*4º Ano*

Mindelo, 8 de Julho de 2013

"Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem".

*Discentes:*

*Giovanna Delgado; Isidora Duarte; Melissa Monteiro*

**A MORTE E O CUIDADO: CONTRIBUTO DE ENFERMAGEM NO  
LIMITE DA VIDA**

*Orientador:*

*Enfermeira Mariana Santos Pires*

Mindelo, 08 de Julho de 2013

## **RESUMO**

O propósito deste trabalho é empreender uma técnica de revisão bibliográfica dedicada à percepção da morte e, dos contributos de enfermagem à prestação dos cuidados ao doente em fim de vida com base no respeito por determinados princípios, garantindo dessa forma o desenvolvimento de um cuidado de excelência. A análise das bibliografias consultadas mostra-nos que a morte, ao longo do tempo, tem sido um tema relegado para segundo plano, havendo assim uma necessidade por parte do homem em afastar-se dela e a procurar estratégias que lhe permitam manter um controlo relativo sobre a vida. Não obstante e de acordo com a reflexão feita com base nessas referências bibliográficas, constata-se que a partir de um determinado período, com o desenvolvimento dos cuidados paliativos, regista-se uma nova transição na percepção deste conceito bem como, a importância de englobar o mesmo no contexto social, mostrando que faz parte do ciclo vital do ser humano.

Com o desenvolvimento do presente trabalho, tentou-se compreender a percepção sobre os conceitos morte e morrer, as suas implicações no seio da sociedade, a importância do doente em fim de vida ser tratado como uma pessoa com um fim em si próprio, os processos do luto vividos na morte de uma pessoa e, quais os contributos que a enfermagem pode desenvolver de modo a garantir que os princípios referentes à pessoa em fim de vida sejam respeitados e trabalhados.

**Palavras-chaves:** morte, doente em fim de vida, cuidar, princípios dos cuidados de enfermagem.

## **ABSTRACT**

The purpose of this work is to undertake a technical review of the literature concerning to the perception of death and the contributions to the provision of nursing care to the patient in End-of-Life, based on respect for certain principles, thereby ensuring the development of a care excellence . The analysis of the bibliography shows us that death, over time, has been a topic pushed to the background, so there is a need on the part of man to move away from it and look for strategies that allow you to maintain good control relating to life. Nevertheless, in accordance with the reflection made based on those references, it is clear that from a certain period, with the development of palliative care, there is a new transition in the perception of this concept as well as the importance of including the same social context, showing that it is part of the human life cycle.

With the development of the present work, we tried to understand the perception of the concepts of death and dying, their implications in society, the importance of the patient's life in order to be treated as a person with an end in itself, the processes of the grief experienced in the death of a person, and how it can help nursing to develop in order to ensure that the principles relating to the person in End-of-Life are respected and worked.

**Keywords:** death, End-of-Life patient, caring, principles of nursing care.

## **DEDICATÓRIA**

Dedicamos esse trabalho primeiramente a nós, pelo imenso trabalho tido na sua realização e pelo esforço despendido que tivemos para a sua elaboração.

Dedicamos também o mesmo às nossas famílias e aos nossos namorados pelas suas presenças nas nossas vidas, fazendo com que as dificuldades fossem enfrentadas com optimismo e força de vontade.

É com orgulho e satisfação que podemos dizer que conseguimos chegar ao fim de mais uma etapa da nossa vida, atingindo os nossos objectivos.

## **AGRADECIMENTOS**

No término do nosso trabalho e do percurso académico, queremos agradecer às pessoas que muito contribuíram para que isso fosse possível e que sempre nos apoiaram, encorajando-nos a nunca desistirmos dos nossos sonhos e objectivos traçados na nossa vida.

Primeiramente às nossas famílias, por terem acreditado em nós, apoiando-nos nas horas mais difíceis. Por terem investido em nós e depositado toda a confiança de que seríamos capazes de chegar no fim e vencer.

Aos nossos namorados por nos terem aturado nas horas de frustração, em que pensávamos que tudo estaria perdido e por terem estado contentes nas horas em que pudemos ultrapassar as dificuldades e sorrir perante novos desafios.

A nossa orientadora Docente, por ter aceitado orientar-nos no decorrer do nosso trabalho, mostrando sempre disponibilidade e pela excelente orientação que nos deu.

Aos docentes, que muito contribuíram para a nossa formação académica, com os seus conhecimentos numa etapa especial da nossa vida. Principalmente à professora Antónia Maria Espadinha, por nos ter ajudado no desenvolvimento do nosso trabalho e nos ter amparado nas horas em que sentimos mais cansaço.

## Índice

0. INTRODUÇÃO .....	1
1. PROBLEMÁTICA.....	3
2. FUNDAMENTAÇÃO DO TEMA .....	5
3. METODOLOGIA .....	7
CAPITULO I: A MORTE HUMANA.....	9
1. O HOMEM E A MORTE .....	10
2. A MORTE NA SOCIEDADE.....	15
3. O PROCESSO DE MORRER.....	20
3.1. Estádios no Processo de Morrer .....	20
4. O PROCESSO DE LUTO.....	23
5. A ÉTICA E A PESSOA EM FIM DE VIDA.....	25
CAPITULO II: DO TRATAR AO CUIDAR .....	29
1. O DOENTE EM FIM DE VIDA.....	30
1.1. O Doente em Fim de Vida como Pessoa.....	32
2. DISTINÇÃO ENTRE CUIDAR E TRATAR.....	34
2.1. Qualidade de Vida.....	37
3. O ENFERMEIRO, O DOENTE E A FAMÍLIA: UMA RELAÇÃO DE AJUDA .....	39
4. A COMUNICAÇÃO NA RELAÇÃO ENFERMEIRO-DOENTE .....	44
CAPITULO III: O ENFERMEIRO E A ARTE DO CUIDAR.....	48
1. O CONTRIBUTO DA ENFERMAGEM NOS CUIDADOS COM O DOENTE EM FIM DE VIDA .....	49
1.1. O Cuidar da Dignidade e Autonomia do Doente em Fim de Vida.....	52
1.2. Autonomia, o Consentimento e o Respeito pelas Escolhas do Doente .....	56
1.3. O Direito à Verdade .....	59
1.4. O Respeito pela Vulnerabilidade da Pessoa .....	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	70

## 0. INTRODUÇÃO

Este trabalho surge no âmbito da disciplina de Seminários Avançados e Investigação Científica. Apresenta-se com a intenção de início à aprendizagem no domínio da investigação científica, promovendo as bases para a solidificação na procura do saber científico bem como um requisito para a obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem, na Universidade do Mindelo.

Elegeu-se como tema da monografia “A morte e o cuidado: contributo da enfermagem no limite da vida”.

A escolha do tema deve-se ao facto de na actualidade fruto do envelhecimento da população, do aumento de doenças crónicas e das neoplasias, existirem cada vez mais pessoas com doenças em fase terminal, exigindo do profissional da saúde, nomeadamente o enfermeiro, a escolha adequada na prestação de cuidados de enfermagem a esses doentes. Essa escolha tem de ir ao encontro das necessidades e demandas dos doentes, uma vez que são esses o centro da atenção por parte do enfermeiro. Não obstante, os cuidados prestados devem ser alicerçados em princípios que ajudam o enfermeiro a garantir uma melhor qualidade de vida do doente até a hora da sua morte e, o mesmo deve executar esses cuidados tendo em conta que o doente antes de mais é um ser humano, com direitos que devem ser respeitados e, mais do que técnicas, este precisa de alguém para garantir que os seus direitos nunca sejam colocados em causa. Princípios como autonomia, dignidade da pessoa, conforto, respeito pelas decisões do doente, devem ser tidos como os pressupostos no exercício da função do enfermeiro e na prestação desses cuidados, pois sendo este o profissional que passa mais tempo junto do doente, desenvolve com o mesmo uma relação próxima e consegue fazer com que estes princípios sejam cumpridos na íntegra.

Tomou-se como pergunta de partida: Qual é o contributo da enfermagem na prestação dos cuidados a um doente em fim de vida?

O **objectivo geral** principal é compreender como pode o enfermeiro contribuir para a melhoria da prestação dos cuidados de enfermagem aos doentes em fim de vida.

Para a realização do trabalho elaboraram-se os seguintes **objectivos específicos**:

- Aprofundar conhecimentos teóricos sobre o processo de morrer e a morte;
- Conhecer os significados atribuídos à morte no processo de morrer;
- Correlacionar a ética e a cultura com o processo de morrer e com a qualidade de vida do doente em fim de vida;



- Reflectir sobre os princípios básicos nos cuidados prestados a um doente em fim de vida;
- Contribuir para o desenvolvimento científico na área de enfermagem, referente ao tema;

Esta revisão da literatura tem como base desenvolver numa primeira abordagem as questões referentes às temáticas morte e processo de morrer. Centra-se nos conceitos e nas implicações que os mesmos têm na sociedade; Sendo efectuada uma breve descrição dos estágios no processo de morrer. Será feita igualmente uma abordagem da ética, da morte da pessoa e do processo de luto.

Posteriormente desenvolve-se o conceito de doente em fim de vida e a sua qualidade de vida; distinção entre tratar e cuidar; a relação existente entre o doente, a família e o enfermeiro. Por fim será abordada a questão do doente em fim de vida: a acção da enfermagem baseada no conforto do doente, uma reflexão sobre a dignidade humana, a autonomia do doente enquanto pessoa, bem como o direito à verdade e ao consentimento informado.

As **palavras-chave** utilizadas na elaboração da presente revisão bibliográfica serão as seguintes: morte; doente em fim de vida; cuidar; princípios dos cuidados de enfermagem.

## 1. PROBLEMÁTICA

A actuação do enfermeiro durante o processo de morte e morrer é algo que se deve ter em conta, mostrando como os profissionais de enfermagem lidam com o doente em fim de vida e com a sua família. Há que realçar também as diversas formas de cuidados prestados pelo enfermeiro ao doente em fim de vida, devendo este respeitar sempre os princípios básicos que lhe permitem prestar um cuidado de excelência e com qualidade, primando pelo bem-estar do doente.

Segundo Chaves e Massarollo (2009:32)

“As pessoas que estão morrendo necessitam ser tratadas com dignidade e integridade, ou seja, que tenham garantido os direitos a uma morte digna, que recebam cuidados contínuos e que seja respeitada a sua autonomia. Para que isso ocorra, são necessários profissionais que respeitem princípios como justiça, a beneficência e a autonomia na prestação da assistência.”

A morte é algo que faz parte do ser humano, desde o seu nascimento. É a única certeza que este possui. Nas sociedades tradicionais esta era vista como algo natural, em constante ligação com a vida. Fruto dos avanços tecnológicos e sociais, passa a ser vista pelas sociedades modernas como algo que não pertence ao homem.

Morrer é um processo que ocorre em qualquer pessoa a qualquer momento, sendo a sua vivência influenciada por factores socioculturais, mas também pessoais, sendo comum ter medo da morte, conseqüentemente, lidar com a finitude tornar-se-á uma tarefa muito difícil para todos. Morte é final da vida material, tal como nós conhecemos. E o morrer é o acto pelo qual ocorre à morte. (D'Assumpção, 1998).

Morrer está ligado, intimamente, ao instinto de sobrevivência humana, pelo qual o organismo tende a esquivar-se de qualquer dor. A vida do homem obedece ao percurso de nascer, crescer, amadurecer, envelhecer e morrer.

Apesar de a morte ser algo tão próxima do homem, ela continua sendo desconhecida, reflectindo-se apenas nas experiências superficiais que temos com a morte de outras pessoas, ou seja, questões ligadas ao luto.

Os fenómenos da transição demográfica e a conseqüente alteração epidemiológica contribuíram para a existência de um vasto grupo de doentes em fim de vida, em geral, com muitas patologias, variáveis graus de dependência e de sofrimento e, que progridem inevitavelmente para a morte.

Sapeta e Lopes (2006:37) salientam que:

“Junto destes doentes, é a enfermeira a que procura mais tempo, proximidade e disponibilidade pessoal face às necessidades dos doentes no fim da vida e a que está, portanto, em melhores condições para acompanhar este ser humano em situação de vulnerabilidade, ao mesmo tempo que atende a família, fazendo com que participe nos cuidados, informando-a e apoiando-a.”

Nesse contexto, destacamos o estudo da morte e o cuidado em fim de vida, com o propósito de identificar quais os princípios que o enfermeiro deve ter presente na prestação de cuidados a um doente em fim de vida. Apresentamos pois, como nosso objecto de estudo, os cuidados de enfermagem a um doente em fim de vida, alicerçados em princípios humanos. Para delinear os factores que estão envolvidos no objecto, pretendemos responder a seguinte questão:

Qual é o contributo da enfermagem na prestação dos cuidados a um doente em fim de vida?

Entendemos ser um tema relevante, para a prática e o ensino de enfermagem, devido ao enfoque inovador referente à assistência de enfermagem prestada a um doente em fim de vida e porque esses princípios ajudam o enfermeiro a prestar cuidados de excelência.

## **2. FUNDAMENTAÇÃO DO TEMA**

A escolha do tema deve-se ao facto de na actualidade existir um grande número de doenças em fase terminal, levando o enfermeiro a reflectir sobre as suas práticas de cuidados prestados a um doente em fim de vida e os princípios que garantem a excelência desses cuidados. Foi um tema que nos suscitou um interesse particular, pois com a medicalização da vida e dos cuidados de enfermagem, a morte tem sido um assunto relegado para o segundo plano, afastado das concepções de vida diárias, sendo esta deixada apenas aos encargos dos profissionais de saúde, principalmente aos enfermeiros, que estão em contacto permanente com os doentes que padecem de uma doença em fase terminal, doença essa cujo desenlace será a morte. Pelo facto de a pessoa se encontrar em fim de vida, logo numa posição vulnerável, o enfermeiro terá que desenvolver uma relação de empatia com o mesmo salvaguardando a sua integridade e qualidade de vida. Isto só é possível se o enfermeiro integrar nos seus cuidados os princípios básicos que respeitem o doente enquanto pessoa e, que garantam a prestação desses mesmos cuidados de uma forma holística, tendo a pessoa sempre como um fim e nunca meramente como um meio.

Parafraseando Oliveira, Brêtas e Yamaguti (2006:387)

“(…) o cuidar envolve, verdadeiramente, uma acção interactiva. O processo de cuidar é definido como o desenvolvimento de acções, atitudes e comportamentos com base em conhecimento científico, experiência, intuição e pensamento crítico realizado para e com o cliente, cuidado no sentido de promover, manter e/ou recuperar sua dignidade e totalidade humana. O termo cuidado em enfermagem tem sido utilizado para denotar um serviço oferecido por enfermeiros àqueles que apresentam necessidades relacionadas ao binómio saúde-doença. A distinção entre as polaridades de compreensão sobre o cuidado de enfermagem, que se refere ao desempenho de procedimentos específicos por parte das enfermeiras, e a expressão cuidar em Enfermagem denota a totalidade de serviços prestados através das interacções enfermeiro-paciente.”

Ao longo da evolução humana, a percepção da morte foi-se transformando e tomando uma proporção diferenciada na vida das pessoas. Para os nossos antepassados, a morte era percebida como uma fase natural da vida. O processo morte/morrer era assistido pelos familiares, permitindo o conforto e a presença das pessoas próximas no final.

Apresenta-se como um tema que nos permite a possibilidade de aprofundar os nossos conhecimentos sobre os princípios básicos que se devem ter em conta na prestação de

cuidados a um doente em fim de vida e, a estabelecer uma relação entre esses princípios e a qualidade de vida dos doentes, bem como a sua autonomia.

### **3. METODOLOGIA**

O trabalho foi desenvolvido com base na utilização de uma técnica de revisão bibliográfica, de cariz qualitativa.

A revisão da literatura é um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação. No decurso desta revisão, o investigador aprecia, em cada um dos documentos examinados, os conceitos em estudo, as relações teóricas estabelecidas, os métodos utilizados e os documentos obtidos. A síntese e o resumo destes documentos fornecem ao investigador a matéria essencial à conceptualização da investigação. (Fortin, 1999:74)

Trata-se de uma técnica de revisão bibliográfica, englobando-se numa abordagem qualitativa, abrangendo conteúdos relacionados com o doente em fim de vida, morte, assistência de enfermagem. Inicialmente procurou-se recolher todo o material seleccionado em livros nas bibliotecas da Universidade do Mindelo e da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, nos Pólos Calouste Gulbenkian e Artur Ravara, bem como a busca electrónica de artigos científicos publicados na base de dados SCIELO. Após a leitura, realizou-se a lista e a organização do material para a análise.

A pesquisa bibliográfica deu-se no intervalo entre os meses de Outubro de 2012 e Maio de 2013, procurando livros e artigos relacionados com a temática. Partindo-se do nosso conceito inicial, a Morte, procurámos compreender as representações para o homem e, de que forma a mesma influencia a sociedade em geral. Com o decorrer do trabalho, tendo em conta que queríamos trabalhar as questões relacionadas com o doente em fim de vida, tivemos a necessidade de ir pesquisar como é que cada doente vivencia o processo de morrer, nas várias fases do mesmo e o processo de luto experienciado pelo doente e família. Isso remeteu-nos para a importância de ter uma postura ética por parte do profissional de enfermagem em relação à pessoa em fim de vida, compreendendo o doente como pessoa, fazendo correctamente a distinção entre o cuidar e tratar. Quisemos igualmente fazer uma abordagem sobre a relação existente entre o enfermeiro, o doente e a família, devendo ser esta uma relação de ajuda baseada na empatia. Sendo a comunicação a ferramenta mais importante no trabalho do enfermeiro torna-se de extrema necessidade que o mesmo adquira competências para lidar com os problemas, sendo este um dos pontos desenvolvidos ao longo do trabalho. E para que o enfermeiro contribua para a qualidade e

excelência dos cuidados prestados, o mesmo deve respeitar os princípios que definem o doente enquanto pessoa.

## **CAPITULO I: A MORTE HUMANA**



## 1. O HOMEM E A MORTE

Todo ser humano nasce livre, dotado de uma razão. Mas essa liberdade tem que ser ponderada no momento das decisões que o homem faz. Sendo este responsável pelos seus actos, torna-se imprescindível que o mesmo reflecta sobre os acontecimentos, pois a liberdade de um ser humano termina onde começa a liberdade de outro.

Como afirma Pacheco (2002:19):

“A pessoa é um ser dotado de razão, vontade e liberdade e, como tal, responsável por todos os seus actos e que pode procurar a perfeição pelo uso da sua razão, sabendo discernir entre o bem e o mal. É possuidor de liberdade, mas também de uma consciência moral que o leva a escolher e agir não apenas segundo os impulsos primários, mas segundo a razão e a consciência; só assim fará bom uso da sua liberdade.”

Diferentemente dos outros animais, o homem possui uma consciência, que o faz distinguir o certo do errado e é essa razão que influencia as suas decisões na sociedade. Logo, não pode deixar-se guiar apenas pelos impulsos naturais, mas usar a sua consciência na hora das suas escolhas.

“A pessoa é, assim, um ser situado num espaço e tempo físico, condicionado pela relação familiar e inserido num determinado meio social e político. É um ser único, singular, insubstituível, nunca redutível ao valor das coisas, ou seja, com uma dignidade (*Ibid.*:22).”

Desta forma, quando um homem nasce encontra-se inserido num meio familiar, lugar onde apreende e assimila os valores, as crenças e normas, que o vão ajudar no processo de socialização e integração na sociedade a que pertence. Este é um ser único e irrepitível, com suas particularidades que o distingue dos outros, fazendo com que o mesmo adquira a sua própria autonomia e dignidade.

“A dignidade da pessoa traduz, portanto, no direito que cada homem tem de ser reconhecido como um ser que é, um fim e nunca um meio ao serviço dos fins dos outros (*Ibidem*).”

No entanto nesse meio familiar as questões relacionadas com a morte e o morrer nem sempre se tornam presentes, fazendo com que haja assim um distanciamento do homem perante a morte. Esse distanciamento revela-se no desejo do mesmo em chegar à perfeição e imortalidade, rejeitando a ideia da mortalidade, do finito.

Pacheco (2002:1) diz que:

“A morte é um fenómeno extremamente complexo: por um lado, parece estar sempre presente ao longo da nossa vida; por outro lado, parece manter-se radicalmente ausente enquanto vivemos. A morte é-nos simultaneamente próxima e distante. É sobretudo porque estamos vivos e porque pensamos a morte como oposta à vida que rejeitamos e afastamos aquela, como se nos fosse estranha e não nos dissesse respeito. Enquanto viventes, nunca experimentamos a nossa própria morte”

A morte é dessa maneira vista como um fenómeno que o homem ainda não consegue lidar facilmente pois, ainda não é aceite por todos. Ela encontra-se presente ao longo da nossa vida e ao mesmo tempo tendemos a isolá-la da realidade mantendo-a o mais longe possível.

O facto de a morte ser algo distante e um mistério para o homem é ainda partilhado por Neves e Pacheco (2004: 332) quando estes nos afirmam que:

“O homem é o único ser vivo que pensa na sua própria morte. Apenas tem a consciência dos seus limites existenciais e do termo do seu ciclo biológico como ser único e irrepitível. Mas a morte em si própria é um insoldável mistério, de facto ninguém sabe o que é morrer nem o que consiste a sua própria morte. Exteriormente diz-se: a morte é o termo da vida demonstrável. Estamos familiarizados com a morte dos outros, dos amigos, dos nossos pais; assistimos à morte de outros seres vivos e percebemos que se fecha em cada morte um ciclo individual que se repete indefinidamente. Mas essa participação na morte dos outros, por mais íntimos que nos sejam aqueles para quem a vida acaba, é apenas um aspecto absolutamente exterior a morte, uma imagem, uma ideia, um conhecimento ou um afecto. É um acto da vida.”

Não podemos falar da morte sem antes tentar conceptualizá-la. A pergunta 'o que é morte' tem múltiplas respostas e nenhuma delas conclusivas, pois a atitude do homem na actualidade sobre a morte e as questões do morrer é de negação, prolongando a vida até não mais poder, servindo-se de todos os dispositivos viáveis para isso, essa falta de resposta unânime também se justifica pelo facto de que a morte ultrapassa as questões biológicas ou materiais.

Segundo Moreira (2006:448):

“Morrer, cientificamente, é deixar de existir; quando o corpo acometido por uma patologia ou acidente qualquer tem a falência de seus órgãos vitais, tendo uma parada progressiva de

toda actividade do organismo, podendo ser de uma forma súbita (doenças agudas, acidentes) ou lenta (doenças crónico-degenerativas), seguida de uma degeneração dos tecidos.”

Como se constata a esperança média de vida tem vindo a aumentar significativamente, consequência do grande avanço tecnológico e científico no âmbito da saúde, tendo o homem sido bem-sucedido no sentido de se preocupar em tornar a vida mais longa, pois existe um maior número de pessoas que atingem uma idade cada vez mais avançada. (Pacheco, 2002)

Não obstante como afirma Pacheco (2002:23) “ O homem é assim, ao mesmo tempo, dotado de dignidade inviolável, e tarefa ou projecto a realizar, ser inacabado e que nunca se completa, em constante aperfeiçoamento durante a vida e até ao momento da morte.”

Complementando ainda este aspecto, pode-se dizer que apesar de a pessoa em fim de vida se encontrar numa situação de fragilidade, esta nunca poderá corresponder a uma situação de inferioridade, pois, o homem na sua dignidade originária é um ser irredutível. Por conseguinte o processo da morte não pode ser encarado como uma redução das capacidades das pessoas, mas sim a fragilidade do homem só poderá e deverá corresponder a uma intensificação do cuidar. (Pacheco, 2002)

Com isso, evidencia-se que o processo de morrer nunca deve ser comparado ou resumido unicamente a cessação das funções vitais, pois, o homem além de ser constituído pela parte física, é também um ser psicológico e espiritual, com necessidades variáveis, fazendo-se da necessidade do cuidar a ferramenta imprescindível no processo do morrer, principalmente a um doente em fim de vida.

Um outro facto que justifica a não compreensão da morte por parte do ser humano é explicitado por Pacheco (2002:10), que nos diz que “a pluralidade das atitudes humanas face à morte corresponde à complexidade do sentido que esta pode assumir. Assim sendo, desde sempre o homem ao longo da sua vida se questiona sobre o sentido e o significado da morte, ou seja, procura uma explicação para ela. Desta angústia gerada pelo pensamento da morte surge no homem a ânsia pela imortalidade, o que explica a salvação da sua integridade individual para além da morte física”

Assim, cada ser humano possui forma de pensar diferente acerca da morte devido à multiplicidade de factores éticos, culturais, psicológicos e sociais. O homem ainda se encontra na problemática da tentativa de definir a morte. A morte é vista como algo oposto a vida e o homem por si tenta afastar-se dela.

O enfermeiro também pode apresentar alguma dificuldade em entender e lidar com questões ligadas à morte, pois, este antes de ser um profissional é um ser humano, com ideias próprias e valores individuais, o que, em alguns casos poderá dificultar a prestação dos cuidados a um doente em fim de vida. Mas independentemente das suas concepções, o enfermeiro deve ter o indivíduo como alvo da sua atenção, prestando-lhe os cuidados de enfermagem específicos e individualizados, procurando ajudá-lo na realização dos seus projectos de vida. Deve centrar-se na relação interpessoal que estabelece com ele, baseada na empatia, sendo esta relação um processo dinâmico de parceria e de ajuda mútua que se desenvolve entre os dois e no qual o respeito pelas capacidades da pessoa e a valorização do seu papel enquanto pessoa são fundamentais (Martins, 2010).

Abordando a finitude da vida, Machado (1999:5) comenta que:

“A consciência da finitude de tudo e a percepção de outras realidades para além do imediatamente verificável, exige dos homens e das sociedades formas de lidar com a morte e de a vencer - de idealmente ser anulada. As grandes interrogações que a morte suscita e as respostas que para ela eternamente se buscam são a substância primeira dos sistemas ontológicos que designamos como culturas.”

O enfermeiro também tem as suas próprias concepções sobre o conceito morte, o que faz com que enquanto pessoa este acabe por assimilar o processo de diversas formas e, conseqüentemente estas concepções vão ter influência na forma como lida com os doentes em fim de vida no seu meio profissional.

Para compreendermos melhor o porquê da grande resistência por vezes demonstrada pelo enfermeiro em estabelecer uma relação de proximidade com os doentes em fim de vida e, da dificuldade que este tem em aceitar a morte, precisamos de falar sucintamente da enfermagem enquanto ciência e do desenvolvimento do cuidar, Collière (1989:27) diz-nos que “Desde que surge a vida que existem cuidados, porque é preciso tomar conta da vida para que ela possa permanecer. Os homens como todos os seres vivos, sempre precisaram de cuidados, porque cuidar, tomar conta, é um acto de vida que tem em primeiro, e antes de tudo, como fim, permitir à vida continuar, desenvolver-se, e assim lutar contra a morte: morte do indivíduo, morte do grupo, morte da espécie.”

Pode-se constatar que desde a antiguidade o objectivo principal foi o de promover a vida, intensificá-la, cuidando dos que necessitam e afastando com isso o processo natural da morte. A enfermagem baseia-se nestes pressupostos que abarcam o conceito cuidar e no início baseava-se na sustentação da vida, mas com o tempo ela foi assimilando os

pressupostos do modelo biomédico, em que apenas a doença era importante e tida como base dos cuidados, o que faz também com que a meta principal do enfermeiro seja o de promover a vida, combatendo o mais possível a morte. Esta pode ser considerada uma razão pela qual a morte na actualidade adquire uma postura de indignação por parte dos homens em geral, mas também por parte dos profissionais de enfermagem em particular.

Como ainda nos diz Collière (1989:32):

“Com a aceleração da dimensão do tempo, o campo espacial dos cuidados restringe-se cada vez. Há desaparecimento, ou mesmo negação, dos laços tecidos entre o homem e o seu universo, o seu ambiente, o seu grupo social. O campo próprio da pessoa doente é obliterado. Há focalização sobre o espaço tissular, ou mesmo o espaço celular, parcializado, fissurado, separa-se das dimensões sociais e colectivas. Excluindo todas as outras concepções ou perspectivas portadoras das correntes muitas vezes milenárias, elaboradas no curso da história, face ao problema da vida e da morte, cuidar torna-se tratar a doença.”

Com o desenvolvimento das tecnologias a prática da enfermagem baseia-se no doente, não como pessoa, mas no portador da doença. O objectivo do enfermeiro passa por prestar cuidados técnicos ao doente. É em torno da doença que este se prepara na vida académica, para responder às situações de doença, desse modo, a capacidade física é tida como o factor principal da sua actuação. Com isso o enfermeiro não vê a morte como um acontecimento inevitável, mas sim como um impasse para as suas práticas.

Esse pressuposto pode ser validado com o comentário de Collière (1989:125), que explica que “A prática de enfermagem organiza-se em torno de diferentes tarefas prescritas pelo médico para investigar, tratar, vigiar a doença. É a doença que conduz a acção de enfermagem e dá um sentido às tarefas a realizar.”

Partindo desta óptica, o enfermeiro tem de aperceber-se que o doente não inclui somente a parte da doença, mas sim um ‘mundo’ com várias dimensões. Como nos mostra Collière (1989:152)

“é a relação com o doente que se torna o eixo dos cuidados, no sentido em que é, simultaneamente, o meio de conhecer o doente e de compreender o que ele tem, ao mesmo tempo que detém em si própria um valor terapêutico. É fonte de informação para discernir a necessidade de cuidados não técnicos avaliando a ajuda a prestar, enquanto contribui para relativizar os cuidados técnicos ou para facilitar a sua compreensão, ou mesmo a sua aceitação.”

## 2. A MORTE NA SOCIEDADE

A forma como cada cultura, cada pessoa, cada país, cada religião encara a morte e o processo de morrer, está intimamente ligada e dependente de uma multiplicidade de factores que se relacionam e conjugam entre si como os aspectos espaço-temporais, pessoais e educacionais. (Pacheco, 2002)

“Ao longo da evolução humana, a percepção da morte foi se transformando e tomando uma proporção diferenciada na vida das pessoas. Para os nossos antepassados, a morte era percebida como uma fase natural da vida. O processo morte/morrer era assistido pelos familiares, permitindo o conforto e a presença dos entes queridos no final.” (Santana et al, 2009:78).

É importante salientar que, como nos mostra ainda Pacheco (2002:5), “todo o processo de morrer é vivido pelo moribundo, mas também pelos familiares e amigos, conjuntamente. Quando morre, encontra-se no ambiente que sempre lhe foi próximo, familiar: na sua casa, frequentemente no seu leito. Parentes, amigos e vizinhos, crianças inclusive, procuram estar presentes para acompanhar aquele que parte e dele se despedirem.”

Por outro lado “Os que ficam vivem o luto demorado e intensamente: choram a pessoa que morreu, vestem-se de negro durante algum tempo como sinal da sua dor, fecham as casas, recordam aquele que perderam e recebem a visita de luto de muitos amigos (Pacheco 2002:6).”

Embora esse não seja um assunto que se pretende debruçar ao referir-se nos cultos relacionados à morte, é importante referir que as práticas rituais relacionadas com o processo do morrer e do luto não são preconizadas em todas as comunidades e culturas, pois, cada uma tem o seu modo diferente de expressar as suas perdas, o que faz com que a morte também seja encarada e vivida de formas diferentes.

Complementando ainda os aspectos ligados à morte e a sua percepção nas sociedades, Machado (1999:5) alude-nos para o facto de:

“A morte não é apenas o momento único e irrepetível do fim biológico de cada ser humano, mas um processo que se inicia com o nascimento e vai depois condicionar e polarizar as vivências e os comportamentos dos homens em sociedade. Na vida das sociedades lutar contra a morte significa levá-la a bom termo. Por isso, o modo como cada grupo humano lida com a morte traduz ou revela a sua maneira de ser, a sua forma de encarar o devir, o seu universo simbólico, a sua cultura.”

Como se pode constatar nas civilizações modernas “(...) a morte deixou de ser encarada com naturalidade e não é mais entendida como um acontecimento que faz parte da vida das pessoas, mas como um fenómeno contrário à vida. A morte vem por isso, a ser frequentemente interpretada como um fracasso da medicina e não como o fim natural pelo facto de sermos mortais. Simultaneamente ela é afastada, repudiada, institucionalizada e até quase esquecida.” (Pacheco, 2002:6)

Face a esta constatação e, apesar desta reacção de recusa, distanciamento e, conseqüentemente da desumanização e institucionalização da morte que se tem verificado nos últimos anos, encontramos-nos numa época de transição, em que se começa a pensar e a encarar a morte como um processo natural, condição de todos os seres humanos e caminha-se para uma crescente e renovada aceitação da morte. (Pacheco, 2002)

“A morte, fisicamente, só atinge o outro, os outros. Mas este facto inexorável e iniludível, esse não sei quê que não tem nome em língua nenhuma, está carregado de significados sociais e culturais. A morte é, então, e antes de mais, um facto cultural, pelas representações que induz, quanto à sua natureza e origem, pelos fantasmas e imagens que suscita, pelos meios que mobiliza para se recusar ou para se ultrapassar. As sociedades querem reencontrar a paz e triunfar, idealmente, sobre a morte. Repousam, por isso, num desejo de imortalidade.” (Caputo, 2008:74)

Embora a morte seja algo presente em todas as sociedades, pois faz parte de todos os seres humanos “(...) muitas atitudes perante a morte poderiam ser enunciadas, tendo em conta a singularidade e irrepitibilidade de cada pessoa. Neste sentido, a estruturação de padrões comportamentais face à morte não pode ser perspectivada de um modo fixo e determinado, mas antes flexível e orientador...” (Pacheco, 2002:9).

“A terminalidade da vida que outrora foi distanciada do seio da sociedade, embora seja algo inerente a todo o ser humano, ganha uma nova perspectiva tornando-se significativa na actualidade, na área da saúde. Na base desta problemática estão a tendência curativa dos tratamentos instituídos, o envelhecimento cada vez maior das populações, as concepções culturais, a medicalização da saúde, o aprimoramento das técnicas científicas por parte do homem que situam a origem dos factores que compõem esta discussão relacionada com o tema.” (Chaves e Massarollo, 2009:31)

“A morte é caracterizada pelo mistério, pela incerteza e, conseqüentemente, pelo medo daquilo que não se conhece, pois os que a experimentaram não tiveram chances de relatá-la aos que aqui ficaram. Todos esses atributos da morte desafiaram e desafiam as mais distintas culturas, as quais buscaram respostas nos mitos, na filosofia, na arte e nas

religiões, buscando assim pontes que tornassem compreensível o desconhecido a fim de remediar a angústia gerada pela morte.” (Pacheco, 2002:74)

Com o progresso científico e tecnológico dos últimos séculos, a par de uma evolução dos conhecimentos técnicos e da ciência no tratamento e na cura de doenças humanas, verificamos que não existe lugar, na vida do homem na actualidade, para pensar na morte.

Conforme Santana et al, (2009:78) “Houve, (...) uma transição de conceitos e percepções; a morte que era consumada e constatada nas residências dos doentes, passa a acontecer nas casas de saúde; e a família que assumia os cuidados começa a transferi-los aos profissionais de saúde.”

Esta transição de conceitos e percepções relacionadas com a morte conduziu-nos segundo Machado (2004:12) a “reflectir sobre o binómio morte/saúde e o actual desenraizamento da morte na vida comunitária. Por um lado, morre-se no hospital, sozinho, rodeado de batas brancas, e, muitas vezes, a pessoa que está a morrer não consegue encarar e introduzir a morte nos seus horizontes pois nunca teve oportunidade de discutir este assunto durante a vida; por outro lado, os familiares e amigos, também pela não inclusão da morte como parte integradora da vida, podem desenvolver processos de luto prolongados e suscitadores de doença.”

Macedo (2004:10) explica que

“Com a institucionalização da morte, o processo de morrer passou a ser responsabilidade dos profissionais da saúde, pois o local deste acontecimento passou do domicílio para as instituições de saúde, o que faz com que cada vez mais a familiaridade da morte seja algo esquecida nos tempos. O morrer em casa, despedir-se da família, resolver os últimos problemas enquanto vivo e o assistir de todos os próximos a esse término da vida num ambiente profundamente natural, passou a ser desenvolvido no seio hospitalar, num ambiente estranho e solitário.”

Como nos ressaltam Gutierrez e Ciampone (2007:661):

“Estudar as concepções culturais do processo saúde-doença-morte nas diferentes sociedades podem possibilitar aos profissionais de enfermagem compreenderem seus próprios valores e crenças diante do processo de morrer e da morte bem como suas atitudes e ações relacionadas com as questões do cotidiano que influenciam a sua vida pessoal e profissional. Nesse sentido, ao discutir a respeito de cultura, é necessário ter em mente a humanidade em toda a sua riqueza e multiplicidade de formas de existência e expressões, pois só assim conseguiremos compreender a complexidade que há nos agrupamentos humanos e as características que os unem e diferenciam.”



Torna-se com isso importante que os profissionais de enfermagem desenvolvam competências pessoais e profissionais necessárias para conseguir construir uma relação de qualidade com o doente em fim de vida, ressaltando os aspectos que estão ligados à sua cultura, crenças e religião, de acordo com a sociedade a que pertencem.

“Partindo da premissa de que o homem é um ser social, que a doença é encarada de várias formas: ora como um problema físico ou mental, ora como um problema biológico ou psicossocial, fica evidente que, poucas vezes, a doença é encarada como um fenómeno multidimensional.” (Gutierrez e Ciampone, 2007:661)

Giacioia (2005), cit in Caputo (2008:74) afirma que “ a maneira como uma sociedade se posiciona diante da morte e do morto tem um papel decisivo na constituição e na manutenção de sua própria identidade colectiva e, conseqüentemente, na formação de uma tradição cultural comum.”

É importante que não exista uma forma dogmática de ver o processo morrer, pois este é um evento que acontece, com peculiaridades próprias, tendo em conta o espaço e o tempo em que ocorre. O mais importante é a busca do conhecimento humano, da capacidade de empatia e de solidariedade por parte do enfermeiro, de poder compreender o doente que se encontra no fim do seu ciclo vital, bem como responder às demandas do mesmo em todas as dimensões.

Mas pode-se dizer que com o aparecimento dos cuidados paliativos, a forma de se encarar a morte e o processo de morrer tem sofrido alterações. Cada vez mais esta questão do doente em fim de vida e a necessidade de garantir a sua dignidade e qualidade de vida tem assumido um papel importante na realização de um cuidado de excelência por parte dos profissionais da saúde.

Falando de uma forma geral e resumida, constata-se que a filosofia do cuidar, baseada nos cuidados paliativos, trouxe uma reforma no modo como as instituições hospitalares encaram a morte e o papel dos enfermeiros em garantir que os direitos dos doentes sejam respeitados. Pois como nos descreve Neves et al (2000:9): “Qualquer que seja a sociedade, o lugar, a época, a morte não é mais um acontecimento insignificante que toca simultaneamente no domínio privado e no domínio social em proporções variáveis no decurso da história.”

Neves et al (2000:18) afirma ainda que o movimento dos cuidados paliativos tende a ser uma alternativa à sociedade de hoje porque, “este reintroduziu a morte como um evento

essencial de vida, devolveu sensação e valor; preserva a liberdade, a dignidade humana até ao fim, como um direito inaliável do homem; impulsiona a concepção dos cuidados na medicina actual; enfatiza o seguimento do luto como essencial para os que ficam e actua na prevenção do luto patológico.”

“Não devemos nos esquecer de que qualidade de vida e bem-estar implicam observância de vários aspectos da vida. É nosso dever e nossa responsabilidade sermos facilitadores para a resolução dos problemas do nosso paciente.” (Pinto et al, 2009:17)

É de fundamental importância, por isso, que os profissionais da saúde, nomeadamente os enfermeiros, ao longo da sua vida académica aprendam a desenvolver mecanismos próprios de lidar com a finitude, bem como competências quer pessoais quer profissionais que os ajudem a centrar-se na pessoa doente, com necessidades e, desse modo a ver para além do processo de morrer. Estas competências contribuem para que os enfermeiros consigam desenvolver na sua vida profissional uma abordagem centrada no cuidar holístico.

### 3. O PROCESSO DE MORRER

“Todos os doentes terminais em maior ou menor grau, independentemente das emoções psicológicas que experienciam, tristeza pelas múltiplas perdas, receio pela dor e sofrimento, pelo desamparo, saudade, medo do desconhecido e da perda do controlo, vão passar por uma série de respostas emocionais únicas.” (Moreira, 2001:36)

“Todas essas respostas emocionais são vividas de forma única e singular, pois cada pessoa é única e irrepetível e por conseguinte vários são os factores que vão influenciar essa experiência, sejam eles relacionados com o estado físico e emocional, com a idade, com os valores e crenças, expectativas de vida, bem como com o contexto familiar e sociocultural em que se encontra inserido.” (*Ibid*:37)

#### 3.1. Estádios no Processo de Morrer

Nos estudos desenvolvidos por Kübler-Ross em 1969 (cit in Moreira, 2001), a autora conclui que a quase totalidade dos doentes terminais passam por uma série de etapas psicológicas durante o percurso que travam para assumir a sua doença e a sua morte: negação, raiva, negociação, depressão e aceitação.

É importante salientar que essas fases nunca são iguais para todos os doentes em fim de vida e que não são vividas pela mesma ordem, sendo que, por exemplo o estadio raiva pode ser vivido em primeiro lugar que a negação.

- Negação- Esta fase caracteriza-se pela recusa inicial da realidade. O doente continua a trabalhar, consulta mais que um médico no intuito de escutar um diagnóstico diferente. A negação funciona como uma atitude de defesa ao diagnóstico. Esta atitude inicial de recusa vai dar lugar ao isolamento. Na verdade, quando as pessoas recebem a notícia de que são portadores de uma doença terminal, a sua primeira reacção é de choque e de descrença da qual irão recuperar gradualmente. Kübler-Ross considera que, dependendo da forma como se transmite ao doente a sua situação clínica e da forma como o doente se preparou ao longo da sua vida, para lidar com situações stressantes, o doente, irá, gradualmente, desistir da sua atitude de negação e usar formas menos radicais de mecanismos de defesa;

- Raiva- O doente vivencia nesta fase sentimentos de raiva, de revolta e de ressentimento. É mais difícil de lidar com ele nesta fase do que na anterior porque

este manifesta a raiva em todas as direcções: família, técnicos de saúde e ambiente. Esta situação é agravada se os técnicos de saúde não analisam o motivo da raiva e a assumem em termos pessoais. Kübler-Ross sugere que as pessoas que lidam com estes doentes devem criar oportunidades para que eles se expressem livremente e os seus sentimentos e pensamentos possam ser partilhados. Contudo, à medida que estes sentimentos de raiva, de fúria em ressentimento começam a diminuir o doente poderá começar a negociar;

- Negociação- Esta fase caracteriza-se por ser uma tentativa de adiamento que inclui uma promessa implícita, geralmente não cumprida. A maioria das negociações são feitas com Deus e habitualmente são mantidas em segredo;

- Depressão- Quando o doente não pode mais negar a sua doença, quando começa a apresentar novos sintomas e a ficar mais debilitado, a revolta vai dar lugar a um sentimento de grande perda. Refugia-se no seu mundo interior, desinteressando-se por tudo o que o rodeia e vive em silêncio uma triste preparação. No decorrer desta etapa, Kübler-Ross considera que, seria de grande ajuda para o doente, permitir que ele partilhe os seus sentimentos com outras pessoas (por exemplo a família), sem que estas lhe digam, constantemente, para não estar triste. Desta forma, o doente sentirá mais facilidade em chegar à etapa final da aceitação;

- Aceitação- Se o doente encontra ajuda para superar as fases anteriores, vai contemplar o seu fim com um certo grau de tranquilidade. Nesta fase, geralmente, a família carece mais de ajuda e apoio do que o próprio doente.

“A identificação e a interpretação destas fases ajudam os técnicos de saúde a não fazerem leituras erradas e indicam como prestar uma atenção compreensiva e silenciosa, tão importante nestas situações, bem como a privilegiar os direitos do doente nesta fase tão crucial da vida.” (Moreira, 2001:38)

Muitas vezes o enfermeiro não consegue ajudar o doente porque este não está ajustado ao padrão de sofrimento dele, não consegue interpretar os sinais que o doente mostra para lhe dizer que está a sofrer e que necessita de ajuda, pois com a terminalidade, o doente tem tendência para se isolar e, se o enfermeiro não souber como chegar ao doente, este acabará por viver o processo de morte em sofrimento sem conseguir realizar as suas aspirações enquanto vivo.

A finitude da vida também é um aspecto que influencia muito os cuidados que o enfermeiro presta a um doente em fim de vida. Isto, porque o enfermeiro tal como os outros profissionais da saúde está vocacionado para a cura, para manter o doente vivo, utilizando os mais diversos meios e dispositivos para tal.

Ao conseguir identificar e interpretar os estadios por que passa um doente em fim de vida, o enfermeiro consegue juntamente com este desenvolver estratégias e competências que ajudam o doente a lidar com os seus sofrimentos e angústias.

#### **4. O PROCESSO DE LUTO**

“Trabalhar o luto significa confrontar as fortes emoções e os sentimentos associados à perda, que incluem falar sobre aspectos relacionados com o morto (chorar a morte, exprimir uma tristeza profunda ou saudades do morto) e com as circunstâncias da morte. Segundo esta perspectiva, a principal tarefa do trabalho de luto é a quebra dos laços com a pessoa falecida.” (Silva, 2004:53)

Com o confronto desses sentimentos e emoções, “a experiência do luto opera mudanças e transforma as pessoas enlutadas, sendo que parte desta mudança envolve a continuação dos laços com a pessoa falecida. O luto constitui pois, um processo, cuja multidimensionalidade, dificulta uma avaliação mais exacta do seu significado, proporcionando o aparecimento de várias perspectivas e modelos explicativos do seu processamento.” (*Ibid*:57)

Apesar de existir uma diversidade de demonstrações depois da morte da pessoa, variando de cultura para cultura, na maioria delas o luto é vivido com a necessidade de chorar a perda do ente querido e marcado pelo seguimento de rituais religiosos culturais bem definidos. (Pessini e Bertachini, 2005:492)

Pode então dizer-se que, “face a qualquer perda significativa, de uma pessoa ou até de um objecto estimado, desenrola-se um processo necessário e fundamental para que o vazio deixado, com o tempo, possa voltar a ser preenchido. Esse processo é denominado de luto e consiste numa adaptação à perda, envolvendo uma série de tarefas ou fases para que tal aconteça.” (Melo, 2004:4)

O processo de luto é algo inevitável e é vivido por todas as pessoas, pois estas têm de o realizar para poderem adaptar-se à perda do ente querido. No entanto este processo sempre acaba por ter influências nas várias pessoas que rodeiam a família, mesmo aquelas que não tinham um relacionamento próximo com a pessoa falecida, principalmente os membros familiares, que acabam por passar pelo mesmo processo, mas nunca da mesma forma que a família directa. (Melo, 2004)

Sanders (1999), cit in em Melo (2004:4) considera que “o luto representa o estado experiencial que a pessoa sofre após tomar consciência da perda, sendo um termo global

para descrever o vasto leque de emoções, experiências, mudanças e condições que ocorrem como resultado da perda.”

A perda de uma pessoa significativa causa nos que ficam uma imensa tristeza e é através do processo de luto que estes manifestam a sua dor. Não obstante a essa tristeza, o processo de luto nunca é vivido da mesma forma ou com a mesma intensidade, variando de pessoa para pessoa, dependendo da faixa etária.

Cada ser humano tem uma percepção individual dentro de si sobre o processo de luto, isto ocorre pela sua herança cultural ou até mesmo pela sua formação pessoal, sendo ambas influenciadas pelo convívio social.

A perda de um ente querido é sempre uma dor profunda para os que ficam, devido ao estreitamento das relações existentes e a perda dessas relações vai exigir da família uma reestruturação perante esta perda, mas quando o processo de luto não é feito de forma positiva pelos familiares, o restabelecimento do equilíbrio emocional pode ficar comprometido.

Como frisa Moreira (2001:31) “A reorganização da família implica a renegociação das transacções familiares e das relações afectivas e de poder, de modo a proporcionar novo equilíbrio e estabilidade.”

Os profissionais da saúde, nomeadamente os enfermeiros, enfrentam todos os dias a morte e, independentemente da experiência profissional e de vida, quase todos a encaram com temor e incerteza, pois cada pessoa é única e o modo de viver o processo de morte também se torna único e irrepetível.

Não obstante o enfermeiro deve compreender que o doente e a família precisam do seu apoio e deve com isso proporcionar um acompanhamento adequado ao doente em fim de vida, inserindo-o, a ele e a família no processo de apoio para que assim este possa usufruir de uma melhor qualidade de vida, do ponto de vista emocional e afectivo, assim como na diminuição da dor e angústia. Alguns sentimentos como empatia e afecto são necessários para que ao entrar em contacto com o doente e a sua família, seja possível abordá-lo e compreendê-lo com a sua doença em toda a sua particularidade.

## **5. A ÉTICA E A PESSOA EM FIM DE VIDA**

“Desde a antiguidade, os homens têm-se preocupado com as questões éticas e morais, vinculadas à natureza, à política, às regras de convivência social e ao comportamento humano.” (Oguisso e Zaboli, 2006:45).

“Somente o ser humano é constituído como ser ético, por causa do uso da razão, capacidade, liberdade e consciência dos seus próprios actos, envolvendo a si mesmo, o outro e a sociedade. A ética visa, outrossim, à interiorização das convicções pessoais, vista que cada indivíduo possui sua ética.” (Ibidem).

Estas convicções éticas permitem à pessoa decidir e optar, com base nos seus valores, crenças e normas sociais. Isto quer dizer que a pessoa é autónoma na escolha das suas vontades, devendo-se respeitar a integralidade, a pluralidade e a alteridade da mesma. Isso faz com que a ética seja tida como um processo de reflexão crítica que cada pessoa faz das suas acções, tendo como base a sociedade onde se encontra inserida e as questões que envolvem o colectivo, que são afectadas pelos aspectos políticos e económicos presentes nessa mesma sociedade.

Como nos esclarece Serrão e Nunes (1998:13) “Se o conceito de dignidade humana serve de referencial normativo a todo o tipo de intervenção no homem, tanto na esfera política como social, a prestação de cuidados de saúde não podia fugir a esta realidade. Numa sociedade que se rege cada vez mais por um imperativo tecnológico, torna-se fundamental questionar se aquilo que é tecnicamente possível é eticamente legítimo.”

Com base no conceito de dignidade humana podemos afirmar que “não se pode conceber a ética, sem valores, por exemplo vida, bem-estar, felicidade, prazer, etc. Existe muita diversidade nos valores em que as pessoas acreditam e com os quais orientam suas condutas. Há uma hierarquia de valores e graus de prioridades diante de factos concretos da vida quotidiana.” (Oguisso e Zaboli, 2006:46)

Vivemos num contexto social em que cada vez mais os avanços tecnológicos e científicos na área da saúde, particularmente na área da enfermagem, tomam proporções maiores, o que faz com que esses conhecimentos e recursos devam ser usados de forma ética e responsável, sempre com um sentido crítico. Pois como referem Oguisso e Zaboli (2006:53) “É imprescindível que o profissional de enfermagem pondere os aspectos



positivos e negativos ao decidir utilizar ou não determinado conhecimento ou tecnologia, ou seja, avalie os benefícios, a justiça, a autonomia, ao decidir intervir na situação concreta, ou ao utilizar os meios quando faz efectuar acções voltadas, directa ou indirectamente, ao cuidado do paciente.”

“Ao paciente passa a ser-lhe reconhecida liberdade na esfera de decisão, devendo ser considerado como um ser autónomo e independente, com crenças e valores que deverão ser respeitados.” (Serrão e Nunes, 1998:13)

“Assim, o enfermeiro, ao pensar a sua prática do cuidar, pode ponderar o valor das suas acções em relação ao outro e a si mesmo. É importante ressaltar que o modo como ele processa os meios e recursos resulta na obtenção de objectivos, que são alcançáveis de forma ética ou não ética, quando se aproxima ou distancia do paciente como pessoa. Ainda é desejável que o enfermeiro não se fixe somente no fazer, desvinculando-se da esfera ética, humana e social.” (Oguisso e Zaboli, 2006)

“Afirma-se que o exercício da enfermagem centra-se na relação interpessoal, assumindo-se que, as pessoas-clientes dos cuidados de enfermagem possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual-fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. O enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural.” (Neves e Pacheco, 2004:55)

“Não resta qualquer dúvida de que a relação com o doente é uma relação entre pessoas totalmente inseridas no universo ético. Alicerçado na doutrina do consentimento informado e no respeito pela dignidade da pessoa que se encontra e se declara doente, é ao profissional de saúde que compete a tarefa de esclarecer e aconselhar qual a estratégia terapêutica a seguir.” (Serrão e Nunes, 1998:32)

Não obstante, cada enfermeiro tem a sua própria cultura e crença sobre o conceito morte e o processo de morrer, influenciadas pela sociedade a que pertence, logo esta temática deve ser desenvolvida no âmbito da generalidade, sem fazer particularidades aquando de uma determinada cultura.

No entanto “O profissional de saúde deve ser imparcial e a sua conduta deve pautar-se pela doutrina do melhor interesse do paciente. Isto é, o exercício profissional nas áreas da saúde não deve pautar-se por comportamentos que lesem o melhor interesse do paciente.” (Serrão e Nunes, 1998:32)

“Um pressuposto na relação clínica é o respeito pela integridade da pessoa. Integridade, neste domínio, significa literalmente aquilo que não é tangível. Trata-se não apenas de uma virtude profissional- como a honestidade e a sinceridade- mas de aspectos essenciais da vida humana, nomeadamente da sua dignidade enquanto pessoa. Torna-se necessário, por isso, enquadrar esta tendência para o livre arbítrio pessoal, consagrando determinados valores positivos, fundamentados na dignidade da pessoa humana.” (Serrão e Nunes, 1998:33)

“Os enfermeiros declaram o seu compromisso de cuidar das pessoas ao longo do ciclo vital, na saúde e na doença, de forma a promover a qualidade de vida daqueles a quem prestam cuidados.” (Neves e Pacheco, 2004:34)

O acto de prestar cuidados a um doente em fim de vida, muitas vezes acaba por fazer com que o profissional de enfermagem se afaste do próprio doente, com receios de não saber dar as respostas que o mesmo procura. O facto de ser difícil lidar com a dor e o sofrimento dos doentes em fim de vida, pois o enfermeiro coloca ênfase na restauração da saúde, cria angústias e faz com que este desenvolva mecanismos de defesa, que o levam por vezes a não conseguir ter uma maximização e uma excelência dos cuidados de enfermagem prestados.

“Aos profissionais da saúde competirá sempre a tarefa de zelar pelo melhor interesse do doente; assim ao analisar os riscos e benefícios de uma intervenção, deverá prevalecer um espírito aberto, mas crítico no que respeita à sua utilização.” (Serrão e Nunes, 1998:45)

“A enfermagem tem como essência e especificidade o cuidado ao ser humano na área da saúde. Assim se entende que o foco de atenção dos cuidados seja a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue, relevando-se que, ao longo de todo o ciclo vital, se procura prevenir a doença e promover os processos de readaptação após a doença, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida diária.” (Neves e Pacheco, 2004:37)

“O exercício da autonomia profissional implica tomar decisões: identificando as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade) e planeando as intervenções de enfermagem de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados.” (Neves e Pacheco, 2004:57)

## **CAPITULO II: DO TRATAR AO CUIDAR**

## 1. O DOENTE EM FIM DE VIDA

“É errônea a suposição de que não há mais nada a se fazer pelo paciente sem possibilidades de cura: enquanto há vida, existe a necessidade do cuidado de enfermagem.” (Araújo e Silva, 2007:669)

“O morrer surge como consequência natural do viver de todos nós, seres finitos e mortais. Com efeito, o processo da morte é a cena do agir e, por isso, quanto mais tempo ele dura, mais complexa se torna toda a decisão que se lhe refere. A decisão é tão mais problemática quanto mais diversificada puder ser a acção.” (Pacheco, 2002:51)

Podemos afirmar que uma pessoa se encontra em fase terminal quando se verificam:

- Existência de uma doença crónica ou incurável e de evolução progressiva;
- Ineficácia comprovada dos tratamentos;
- Esperança de vida relativamente curta;
- Perda da esperança de recuperação (Pacheco, 2002:54)

Uma outra definição de doente em fim de vida é a explicada por Suárez (1998:17), cit in Moreira (2001), em que o autor define doente terminal como “a pessoa que sofre de uma doença irreversível, cuja morte se espera que ocorra apesar de todos os esforços ao nosso alcance, quer dizer, está no processo final de sua vida vivendo de acordo com as suas circunstâncias individuais, familiares, socioculturais e as do seu meio.”

“A expressão doente em fase terminal é, assim, normalmente aplicada a todas as pessoas com uma doença crónica incurável e que se encontram numa fase irreversível e de agravamento de sintomas, indícios da proximidade da morte.” (Pacheco, 2002:54)

“A eventual esperança vã de recuperação vai, assim, desaparecendo e dando lugar a um conjunto de sentimentos e manifestações muito específicos, únicos, singulares e de carácter vivencial, pelo que dificilmente verbalizáveis.” (Pacheco, 2002:55)

“Em uma época que os avanços científicos impressionam e surpreendem o ser humano a tal ponto de se achar que a ciência pode encontrar soluções para todos os problemas, os pacientes que vivenciam o fim da vida nos ensinam uma lição sábia. Suas falas resgatam a importância da relação humana e mostram que o relacionamento interpessoal baseado na empatia e compaixão é o principal subsídio que esperam de quem deles cuida.” (Araújo e Silva, 2007:670)

Cada doente vive de maneira diferente o seu fim de vida, os sentimentos e as emoções sentidas são também diferentes, o que faz com que o cuidar deva ser individualizado e centrado na pessoa como ser único, devendo a abordagem dos cuidados ser feita de acordo com as necessidades pessoais de cada doente.

Como nos diz Pacheco (2002:55)

“O aparecimento e sequente evolução de uma doença incurável fazem sentir a morte como um facto concreto. Além disso, a consciencialização de que a morte está iminente suscita sentimentos e emoções muito fortes, que em nada se parecem com o pensar a morte do outro. Por esse motivo, requer também cuidados correspondentes no sentido de ir ao encontro das necessidades do doente, que são não só de ordem física, mas também de ordem psicológica, social e espiritual.”

“O aumento da debilidade física conduz a uma maior vulnerabilidade emocional e o doente em fase terminal tem necessidade de exprimir livremente as suas preocupações e emoções e de ser acompanhado, ouvido e compreendido, pelo que é importante o apoio afectivo por parte de todos os que o rodeiam.” (*Ibid:56*)

“No que diz respeito às necessidades espirituais, é frequente que durante a fase terminal surjam dúvidas e interrogações relacionadas com o sentido da vida, o sentido da dor, o sentido da morte, entre outras, e o doente pode sentir a urgência de falar com um ministro da sua religião.” (*Ibidem*)

Qualquer demonstração de sentimentos ou emoções por parte do doente deve ser valorizado e respeitado pelos profissionais de saúde, partindo-se dos mesmos para saber quais os desejos e as angústias dele, com isso, o enfermeiro conseguirá estabelecer um plano de cuidados em que as palavras do doente serão a fonte primordial do cuidado de excelência por parte do profissional de saúde.

“Devemos, assim, ter sempre em conta que a forma como a pessoa enfrenta a proximidade da sua morte é única, dependendo de uma multiplicidade de factores, nomeadamente da sua personalidade, da forma como no passado enfrentou situações difíceis, do suporte familiar de que dispõe, da sua compreensão do prognóstico e da relação que estabelece com o pessoal da saúde, (...)” (*Ibid:59*)

“Outro tipo de medo que pode acompanhar o doente em fase terminal é o medo da solidão, para o que, não raramente, contribuem as atitudes profissionais da saúde e da própria família e amigos. De facto, sabemos que hoje mais do que nunca o doente morre

muitas vezes só e isolado, o que deriva da não-aceitação da morte por parte da maioria das pessoas e do seu conseqüente afastamento de todos os que estão a morrer, como que tentando iludir a própria existência da morte.” (*Ibid*:60)

### **1.1.O Doente em Fim de Vida como Pessoa**

“Como se sabe a dignidade da pessoa decorre essencialmente do seu valor incondicional e de cada ser humano ser único e irrepitível. Com efeito, cada pessoa é dotada de uma determinada personalidade, tem uma história concreta e singular e os seus próprios sentimentos, ideias, interesses e desejos.” (Pacheco, 2002:42)

“É importantíssimo considerar a pessoa na sua totalidade e, portanto, cada doente na sua unidade insustentável e na sua situação singular, tendo sempre o cuidado de não olhar apenas à patologia.” (*Ibid*:43)

“Há que atender a pessoa integral nunca sendo demais repetir que o estar doente diz respeito sempre a uma pessoa e que a doença física nunca está completamente dissociada do psicológico e do espiritual, tal como o psicológico e o espiritual nunca estão completamente dissociados da integridade e da força corporal.” (*Ibid*:44)

O tratar e o cuidar fazem parte das acções que o enfermeiro desenvolve perante um doente. No caso do doente em fim de vida, onde a cura já não é possível, o cuidar passa a ser o foco do trabalho do enfermeiro, interagindo não apenas com o físico do doente, como também com as outras dimensões, como são exemplo o psicológico e o espiritual, pois existe um complemento entre uma dimensão e outra que o enfermeiro deve trabalhar para que as necessidades dessas dimensões sejam todas elas satisfeitas.

Segundo Barón (1996) cit in Pacheco (2002:44) “(...) quando estamos perante uma situação de deterioração física com uma perspectiva de vida muito curta e compreendemos que o doente está em fase terminal, toda a actuação e esforços do pessoal de saúde devem centrar-se no cuidar o doente.”

Sendo o enfermeiro o profissional da saúde que está em permanente contacto com o doente em fim de vida, este deve fazer tudo para que o doente seja tratado da melhor maneira, com respeito, pois como nos diz Pacheco (2002:45) “(...) uma vez que a tendência é ainda pela arte de muitos de os progressos científicos se sobreporem ao

homem, esquecendo que em primeiro lugar deve estar sempre a pessoa, torna-se urgente recuperar o verdadeiro cuidar e promover a humanização dos cuidados de saúde.”

Quando a morte se torna evidente e a hipótese de cura tem de ser substituída pelo conforto e pela solidariedade ao doente, os profissionais de enfermagem devem compreender e avaliar as necessidades de apoio e assistência manifestadas pelo doente, no que concerne aos factores influenciadores na perda, os sentimentos vivenciados pela família, bem como as fases por que passam tanto o doente como a família.

“A comunicação envolve muito mais que o processo de simplesmente dar uma informação. É um processo que envolve muitas pessoas, em que os objetivos incluem troca de informação, compreensão mútua e apoio, enfrentamento de questões difíceis e frequentemente dolorosas, além de lidar com o estresse emocional associado a todas essas questões.” (Paes da Silva, 2004, citado em Pessini e Bertachini, 2005:503)

“Aos pacientes deve-se oferecer uma informação a respeito de sua doença, tratamento, opções e prognósticos, de uma maneira sensível, que comunique apoio, honestidade e calor humano.” (Pessini e Bertachini, 2005:503)

Muitas vezes um doente em fim de vida espera muito mais do que um simples cuidado físico por parte do enfermeiro, este espera alguém com quem possa conversar, expor os seus medos em relação a sua finitude, alguém que lhe dê apoio e consolo para lidar com o seu fim inevitável e que lhe saiba proporcionar momentos de descontração e tranquilidade, para que desta forma o fim seja algo encarado como um processo natural, sem angústias e sofrimentos emocionais.

Como nos falam Araújo e Silva (2007:670):

“Em uma época que os avanços científicos impressionam e surpreendem o ser humano a tal ponto de se achar que a ciência pode encontrar soluções para todos os problemas, os pacientes que vivenciam o fim da vida nos ensinam uma lição sábia. Suas falas resgatam a importância da relação humana e mostram que o relacionamento interpessoal baseado na empatia e compaixão é o principal subsídio que esperam de quem deles cuida.”

“A visão integral da pessoa, ou se preferirmos, o paradigma holístico nos cuidados de saúde, que se subordina a perspectivar a pessoa em todas as suas múltiplas dimensões: física, social, cultural, psicológica e espiritual, é uma forma profunda de humanizar, é em nosso entender a concepção necessária.” (Pimenta, 2010:15).

Com os avanços na área da saúde o enfermeiro pauta apenas pela satisfação das necessidades físicas do doente e quando assim é, cria uma barreira que dificulta a



satisfação das reais necessidades do mesmo por não incluir a visão holística nos parâmetros do cuidado, ou seja, ver o doente como uma pessoa na sua totalidade. Pimenta afirma ainda que “ao não a integrarmos, correremos o risco de segregar o doente ao domínio das “coisas”, as quais queremos reparar, sem valor, sem história, sem percurso pessoal e sobretudo sem consciência. Isto, porque a pessoa é uma unidade complexa de múltiplas dimensões e não um ser dividido em distintas e separadas componentes ou substâncias.” (Pimenta, 2010:15)

## **2. DISTINÇÃO ENTRE CUIDAR E TRATAR**

Para que o enfermeiro saiba em que pressuposto se basear para desenvolver as acções com o doente em fim de vida, é necessário que este saiba distinguir os conceitos tratar e cuidar mas também em que situações devem ser usados, sendo que numa pessoa em fim de vida, o foco passa a ser então não a cura, mas sim o cuidado para a melhoria da qualidade de vida.

Ainda neste enquadramento, Oliveira, Brêtas e Yamaguti (2007:387) afirmam que “o processo de cuidar é definido como o desenvolvimento de acções, atitudes e comportamentos com base em conhecimento científico, experiência, intuição e pensamento crítico realizado para e com o cliente, cuidado no sentido de promover, manter e/ou recuperar sua dignidade e totalidade humana”

“Entendemos por cuidar o prestar atenção global e continuada a um doente, nunca esquecendo que ele é antes de tudo uma pessoa. A pessoa do doente é sempre vista como o centro da atenção do que cuida e, por isso, nunca são esquecidos todos os cuidados físicos, psicológicos ou espirituais de que precisa, para além dos cuidados de saúde exigidos pela doença em si.” (Pacheco:2002:28).

“No contexto da terminalidade, cuidar significa, entre outras coisas, estar ao lado de pessoas fragilizadas, com perda de vitalidade e autonomia, dor, depressão. Assim, o cuidado só é eficaz quando o ser cuidado – o paciente – consente em ser alvo destas acções, cooperando e aderindo ao plano assistencial proposto pelo profissional. O paciente só se permite ser cuidado quando se sente seguro e confia no profissional.” (Araújo e Silva, 2007:670)

Por outro lado ainda citando Pacheco (2002:28) “entendemos por tratar a prestação de cuidados técnicos e especializados dirigidos apenas à doença e que têm como principal finalidade reparar o órgão ou órgãos doentes-cuidados de reparação-e obter a cura. É uma atitude que pensa no doente, mas tende a esquecer a pessoa com necessidade de outro tipo de cuidados físicos, não específicos, que não pode prestar a si própria pelo facto de estar doente-cuidados de quotidianos. As necessidades psicológicas e espirituais são raramente tidos em linha de conta.”

No entanto o acto de cuidar é algo que vem desde os primórdios dos tempos, pois o homem sempre se preocupou em cuidar de si e dos que o rodeiam. Este ponto complementa-se com o que nos justifica Pacheco (2002:28), pois segundo o autor “ (...) o homem sempre se preocupou em assegurar a continuidade da vida desde o princípio da sua existência. Para isso, tinha de se cuidar, ou seja, adoptar atitudes que lhe permitissem satisfazer necessidades humanas e consequentemente manter a sua saúde física, tais como: procurar alimentos, aquecer-se ou dormir. Podemos pois, dizer que cuidar de si, cuidar dos outros, quando estes não têm possibilidades de o fazer, e ser cuidado, quando a pessoa não se pode cuidar a si própria, foram sempre fundamentais para a manutenção da vida.”

“Todavia, se os animais e as plantas necessitam somente de ser alimentados, o homem pelo facto de não ser apenas um ser biológico, tem ainda necessidades psicológicas, sociais e espirituais, tais como comunicar-se, sentir-se seguro, ser amado ou sentir-se realizado. Com efeito a pessoa deve também desenvolver atitudes que lhe possibilitem sentir-se emocionalmente bem, ou seja, cuidar-se. (*Ibid:29*)

Assumindo a competência do cuidar e enquadrando-a nos cuidados de saúde prestados ao doente em fim de vida, pode-se constatar que esses dois conceitos com frequência são confundidos e muitas vezes o conceito tratar acaba por se salientar em relação ao conceito do cuidar. Realizam-se os cuidados na vertente física, pois tem-se como linha de partida a restauração da saúde e o manter o doente vivo até onde as tecnologias o permitirem, enquanto as restantes necessidades não físicas, ficam esquecidas, não sendo por isso valorizadas no doente. Todavia há que saber distinguir entre tratar o doente e cuidar deste mesmo doente, assumindo assim as contingências destes conceitos.

“O profissional da saúde que apenas trata e não cuida coloca-se diante da pessoa como um cientista perante o seu objecto de estudo. Entusiasma-se pela situação clínica que considera interessante, mas ignora os aspectos humanos. O profissional da saúde esquece a

pessoa doente, não estabelece com ela qualquer relação e limita-se a conhecê-la por um número ou pelo nome da sua patologia, reduzindo-a a apenas mais um caso.” (Pacheco, 2002:31)

“Também o enfermeiro, nesta perspectiva do tratar, valoriza tudo o que é técnico e preocupa-se apenas em tratar o doente com eficácia e competência. Não se envolve emocionalmente, considera uma perda de tempo o escutar e o falar com a pessoa doente, e defende que o bom profissional é aquele que não sente compaixão nem revela quaisquer sentimentos.” (*Ibid*:32)

No entanto é de extrema importância a necessidade de uma humanização dos cuidados e de estabelecer uma relação de empatia com o doente, não olhando apenas para a doença, mas também para o lado psicológico e espiritual da pessoa doente. O valorizar o cuidar torna-se imprescindível, num doente onde a cura já não é possível. A relação interpessoal, o estabelecer troca de saberes e emoções, torna-se no objecto de uso por parte do enfermeiro, onde este, respeitando a dignidade do doente, atribui-lhe uma importância para além da doença, apelando aos sentimentos e desejos do doente.

Isso evidencia-nos também Pacheco (2002:32), ao explicar que “para os que se preocupam em tratar e cuidar simultaneamente, a principal preocupação é a pessoa doente sempre tida em conta como ser único e insubstituível que é. Cuidar implica, pois, a valorização da relação interpessoal, o respeito pelos valores e culturas do utente e a participação nas decisões a tomar.”

“Cuidar é considerar a pessoa como um fim em si mesma, e não apenas como um meio para fins científicos, técnicos ou institucionais, o que exige ser sensível aos sentimentos da outra pessoa manifestar interesse por ela, respeitá-la e demonstrar atenção, compreensão, consideração e afecto. Cuidar é, ainda, desenvolver atitudes do conforto e encorajamento, mesmo quando a cura já não é possível e, neste caso, ajudar a pessoa a viver melhor até ao momento da sua morte.” (*Ibid*:34)

Para que os cuidados prestados sejam de excelência, o enfermeiro tem de ser uma pessoa sensível, capaz de se colocar no lugar do outro, saber escutar e não apenas ouvir, respeitar o doente em todas as suas dimensões, não o vendo apenas como um objecto científico. Encorajando-o a não perder a fé, proporcionando-lhe uma excelente qualidade de vida até a hora da sua morte. Pois é isto que o doente espera do profissional de saúde,

alguém que o entenda, que lhe dê ânimo, que lhe diga palavras de conforto, que lhe mostre o quanto é importante, muito mais do que alguém que apenas lhe presta cuidados físicos.

## **2.1. Qualidade de Vida**

“O universo de conhecimento em qualidade de vida se expressa como uma área multidisciplinar de conhecimento que engloba além de diversas formas de ciência e conhecimento popular, conceitos que permeiam a vida das pessoas como um todo. Nessa perspectiva, lida-se com inúmeros elementos do cotidiano do ser humano, considerando desde a percepção e expectativa subjectivas sobre a vida, até questões mais deterministas como o agir clínico a doenças e enfermidades.” (Almeida, Gutierrez e Marques, 2012:14)

“A avaliação da qualidade de vida, no âmbito dos cuidados de saúde não se pode, assim, restringir a dados de ordem objectiva, nem tão pouco deve ser medida por indicadores de bem-estar económico e social que se vieram a generalizar.” (Pacheco, 2002:72)

“A relação entre saúde e qualidade de vida depende da cultura da sociedade em que está inserido, além de acções pessoais (esfera subjectiva) e programas públicos ligados a melhoria da condição de vida da população (esfera objectiva). É influenciado pelo ambiente, pelo estilo de vida, pela biologia humana e pela organização do sistema de atenção à saúde em que o sujeito está inserido.” (Almeida, Gutierrez e Marques, 2012:40)

Como nos reporta Minayo (2000 cit in Almeida, Gutierrez e Marques, 2012:2)

“Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efectuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que reflectem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e colectividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural.”

“Parece que a qualidade de vida não se encontra numa dependência restrita do conforto, do prazer ou da saúde, mas está mais relacionada com a satisfação relativamente a sua existência, ou seja, com a construção e nível de realização de um projecto de vida próprio.” (Pacheco, 2002:74)

Explicando assim a noção do termo qualidade de vida Minayo (2000 cit in Almeida, Gutierrez e Marques, 2012:2) refere que este tem pelo menos três fóruns de referência:

“O primeiro é histórico. Ou seja, em determinado tempo de seu desenvolvimento económico, social e tecnológico, uma sociedade específica tem um parâmetro de qualidade de vida diferente da mesma sociedade em outra etapa histórica. O segundo é cultural. Certamente, valores e necessidades são construídos e hierarquizados diferentemente pelos povos, revelando suas tradições. O terceiro aspecto se refere às estratificações ou classes sociais. Os estudiosos que analisam as sociedades em que as desigualdades e heterogeneidades são muito fortes mostram que os padrões e as concepções de bem-estar são também estratificados: a ideia de qualidade de vida está relacionada ao bem-estar das camadas superiores e à passagem de um limiar a outro.”

“Afinal, a qualidade de vida de uma pessoa jamais pode ser vista como correspondente a uma saúde plena, quer nos aspecto físico, quer no psicológico e emocional o que corresponderia a uma concepção utópica e idealista-pelo que exige ser ponderado caso a caso.” (Pacheco, 2002:73)

“No âmbito da saúde, quando visto no sentido ampliado, o conceito de qualidade de vida se apoia na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e tem no conceito de promoção da saúde seu foco mais relevante.” (Minayo, 2000 cit in Almeida, Gutierrez e Marques, 2012:14)

Garantir a máxima da qualidade de vida do doente em fim de vida até a hora da sua morte e, conseguir dar respostas as necessidades do doente, são aspectos que fazem com que os cuidados de enfermagem prestados a estes doentes sejam de excelência e desse modo assegurem a valorização da dignidade humana da pessoa em fim de vida.

### **3. O ENFERMEIRO, O DOENTE E A FAMÍLIA: UMA RELAÇÃO DE AJUDA**

“Os enfermeiros usufruem de uma relação de proximidade com a pessoa doente ímpar, já que é o enfermeiro que despense mais tempo com ele, o que lhe permite obter um conhecimento mais aprofundado da pessoa que tem diante de si, o seu contexto familiar, social, cultural, as suas crenças e valores, etc. Os enfermeiros deverão utilizar a relação peculiar que estabelecem e, o profundo conhecimento que adquirem sobre o doente, como um forte instrumento terapêutico.” (Pimenta, 2010:16)

“Muitas vezes, sentimo-nos impotentes face ao sofrimento do outro e é por causa desse medo que impomos silêncio ao outro, àquele que sofre e de quem nos protegemos de diferentes formas, como a fugam a denegação, resguardando-nos atrás de gestos técnicos ou de um discurso de superioridade intelectual, inibindo o desencadear de carinho, que destrói o carácter íntimo. Cada uma dessas atitudes contribui para que nos afastemos de uma experiência íntima.” (Frias, 2003:29)

Mas como nos evidencia Simões e Rodrigues (2010:486), “No caso concreto dos doentes em fase terminal de vida, o enfermeiro necessita de recorrer a estratégias terapêuticas planeadas e a um sistema integrado de competências relacionais, aproximando-se dos espaços de intimidade, demonstrando competências de contacto e competências sociais empáticas.”

Cada sociedade tem uma maneira diferente e própria de encarar a morte, o que estará certamente ligado às crenças e superstições que a mesma cultivou durante séculos e foram transmitidas de geração em geração. Várias são as concepções da morte derivadas dessa infinidade de valores atribuídos ao processo morrer, uma vez que essa experiência só poderá ser encarada a partir da experiência dos outros.

“A pessoa em fim de vida percebe a sua situação, pois está iminente um confronto com uma realidade muito próxima. É uma situação que será influenciada pelos aspectos culturais, pela sua personalidade, pelos tipos de aprendizagens anteriores que teve e pelas mensagens que obtém dos profissionais.” (Frias, 2003:6)

“O doente em fase terminal de vida e a respectiva família têm necessidades acrescidas. A família partilha frequentemente dos problemas dos doentes apresentando, por vezes, necessidades específicas até mais complexas que o próprio doente. Cuidar da família faz parte integrante dos cuidados à pessoa que está a morrer. Não pode haver bons

cuidados sem a inclusão da família em todo o processo, pois o doente não vive isolado. (Canastra, 2007:139)

“Os profissionais que cuidam destes doentes devem dar oportunidade à família de falar dos seus medos, de colocar dúvidas acerca de todo o processo final, e deve ser cuidada tal como o doente. Convém ainda iniciar a preparação para a vivência do luto. Sempre que possível, o doente deve ser enquadrado no seu ambiente familiar, lugar mais indicado para viver os últimos momentos, pois a morte doméstica é a mais humana e mais suave.” Canastra (Ibid:140)

O mesmo autor (p140) afirma ainda que “(...) o doente, família e equipa de saúde constituem os três pilares básicos no proporcionar de cuidados com qualidade, que engloba uma prestação de cuidados personalizados, compreensiva e afectiva e revaloriza o tempo de vida que medeia a passagem para uma nova etapa –a morte.”

“No contexto sociocultural actual, a família continua a desempenhar um papel fundamental e a ser a unidade básica em que nos desenvolvemos e socializamos. É essencialmente nela e com ela que cada indivíduo procura o apoio necessário para ultrapassar os momentos de crise que surgem ao longo do ciclo vital.” (Moreira, 2001:19)

“A sobrevivência do homem tem sido assegurada ao longo das gerações através da pertença a agregações sociais, sendo este facto inerente à sua condição humana. O nível de organização e diferenciação das agregações variou ao longo do tempo e nas diferentes culturas, continuando a família a ser a instituição sustentadora do desenvolvimento (social, psicológico, cultural e económico) do homem.” (Ibidem)

“A relação de ajuda na qual atitudes e sentimentos são pelo menos tão importantes como os conhecimentos teóricos, entende-se como a situação contextual, na qual um dos intervenientes procura promover noutro ou em outros a utilização mais funcional dos recursos internos ou externos do indivíduo, tanto latentes como em descoberta.” (Neves e Pacheco, 2004:204)

“A pessoa em fim de vida percepção a sua situação, pois está iminente um confronto com uma realidade muito próxima. É uma situação que será influenciada pelos aspectos culturais, pela sua personalidade, pelos tipos de aprendizagens anteriores que teve e pelas mensagens que obtém dos profissionais.” (Frias, 2003:6)

Como nos diz Pacheco (2002:128):

“A relação de ajuda consiste em estabelecer e manter uma comunicação terapêutica interpessoal, num clima de confiança que permita o apoio e ajuda a quem deles necessita. No caso do doente em fase terminal, esta relação de ajuda é imprescindível, no sentido de o ajudar a viver o mais serenamente possível até ao momento da morte. De facto, se não existir essa relação, todos os cuidados prestados ao doente perderão a sua eficácia, uma vez que é fundamental que este se sinta acompanhado, compreendido e apoiado.”

Essa relação de ajuda é de extrema importância pois ajudará o enfermeiro a compreender quais são as verdadeiras necessidades do doente, prestando assim um cuidado de excelência baseado no respeito pelas decisões do doente, respeitando desse modo a sua autonomia.

No entanto, para que esta relação de ajuda seja estabelecida, é fundamental por parte do enfermeiro desenvolver e aprofundar a competência da escuta, pois, como afirma (Moreira, 2007:30) “Na relação de ajuda, a escuta é uma capacidade, um instrumento essencial em enfermagem para compreender os doentes, constituindo seu fulcro e sendo indissociável das várias capacidades inerentes a essa relação. No entanto, escutar não é meramente ouvir. Contrariamente ao ouvir, o escutar é um acto voluntário que implica a globalidade do enfermeiro com a globalidade do doente.”

### **3.1. A Família e o Impacto da Doença**

Globalmente a família é definida, segundo Frei Bernardo, cit in Moreira (2001:22), como sendo “o agregado doméstico, no sentido de relacionamento com a vida privada e íntima de pessoas, em regra simbolizada pelo “domus” ou lar composta por pessoas unidas por vínculos de aliança, consanguinidade ou outros laços sociais, podendo ser restrita ou alargada. É a célula básica da sociedade, em que o relacionamento interpessoal é assente em relações afectivas, em que cada um assume o seu papel, função e estatuto, vivendo num contexto de referências e valores comuns.”

Neste contexto, a família é vista e entendida como um todo, fazendo parte de contextos mais vastos, onde a mesma se encontra inserida, neste caso a comunidade e a sociedade.

“Todas as famílias, para que possam manter a sua integridade, desempenham determinadas funções de modo a responder as suas necessidades de cada membro individualmente e as expectativas da sociedade.” (Moreira, 2001:23)



Entre as muitas funções realizadas pela família, Kozier (1993), aludido por Moreira (2001:23), considera que “a mais importante é a de proporcionar apoio emocional e segurança aos seus membros mediante o amor, a aceitação, o interesse e a compreensão.”

Como nos explica Twycross (2003:54) “Se desejarmos que a família e o doente se apoiem mutuamente, é necessário passar desta reacção inicial para uma posição de maior abertura e confiança.”

“A homeostasia da unidade familiar é quebrada perante a doença grave ou a morte de um dos seus membros, implicando uma mudança global e qualitativa do sistema. Momentos deste tipo constituem situações de crise no sistema familiar, gerando grande stress, pois a crise é sentida por estes como uma ameaça, em virtude da imprevisibilidade dos acontecimentos e das necessidades de mudança” (Moreira, 2001:24)

“Se houver um grande desfasamento entre o que a família e o doente sabem sobre o diagnóstico e o prognóstico, pode criar-se uma barreira entre eles. Esta deve ser considerada como uma reacção inicial de choque, que resulta do medo instintivo dos familiares, relacionado com a morte, associado ao desejo de protegerem do sofrimento um ente querido.” (Twycross, 2003:54)

“O impacto emocional que a família e o doente sofrem está relacionado com a própria personalidade da família, a doença e seu tratamento e as relações com o doente, no que respeita à personalidade da família, os elementos mais relevantes são a aceitação ou negação da morte, os sentimentos de indefesa e impotência por não poder fazer algo para evitar a morte, os sentimentos de culpa que podem ter a ver com relações anteriores com o doente, os sentimentos de cansaço quando a fase terminal se prolonga no tempo e as dificuldades económicas consequentes a própria doença.” (Moreira, 2001:27)

Kübler-Ross (1998), citado por Moreira (2001:29) refere que as famílias atravessam as mesmas fases do processo de morte (negação, raiva, negociação, depressão e aceitação) que o doente em fim de vida, mas não necessariamente ao mesmo tempo que ele.

“Na prática, há muito a dizer sobre as consultas em conjunto-doente, familiar, médico e enfermeiro- no momento do diagnóstico e mais tarde. Isto impede a coalização e a conspiração do silêncio através da qual o doente é excluído do processo de partilha da informação. Para além disso, a presença de um enfermeiro facilita a clarificação subsequente daquilo que o médico disse.” (Twycross, 2003:54)

“Evitar a institucionalização e apostar em serviços de apoio à família, para manter a pessoa na sua estrutura familiar, é uma premissa que deve ser cada vez mais enaltecida, sendo essa valorização importante, pois tem aumentado a consciência da extensão e importância da família como cuidadora.” (Camarro, 2007:360)

“Quem cuida necessita de conhecimentos e habilidades apropriados para lidar com os familiares, que no plano físico, como no psíquico e emocional, de modo a obter o equilíbrio, daí que uma consciencialização para este aspecto, é um dos pontos fortes da nossa intervenção, enquanto profissionais.” (Bettencourt et al, 2007:367)

“O enfermeiro ao centralizar os cuidados no doente, deve permitir a participação da família, “(...) fornecendo a estes cuidadores a informação e a formação de que necessitam, estando os enfermeiros numa posição privilegiada para responder a essas necessidades. O objectivo da enfermagem é identificar, cuidar e acompanhar as respostas humanas a problemas de saúde reais ou potenciais, que poderão decorrer de todo este processo.” (Camarro, 2007:360)

“Tendo em conta que muitas são as necessidades da pessoa dependente, não podemos esquecer o desgaste físico e psicológico dos familiares cuidadores, resultado de sentimentos contraditórios, falta de liberdade, tempo e disponibilidade para si, dificuldade em conciliar estatutos e carreiras profissionais, tudo isso que conduz a uma exaustão completa.” (Bettencourt et al, 2007:368)

Concluindo o mesmo autor (p.68) o refere ainda que “O apoio a prestar a estas famílias passa pelo desenvolvimento de uma relação de parceria com cada familiar, proporcionando-lhe ajuda de acordo com os seus valores, prioridades e necessidades.”

#### **4. A COMUNICAÇÃO NA RELAÇÃO ENFERMEIRO-DOENTE**

“A interacção humana requer feedback nas pessoas com as quais a interacção é estabelecida confirmando o grau de compatibilidade e adequação com as normas relativas e determinada situação social.” (Neves e Pacheco, 2004:70)

Ainda referindo os mesmos autores (p.70) há que dizer que “A comunicação utilizada durante os cuidados é interpessoal, estabelece-se entre a pessoa cuidada e os seus próximos e o cuidador. Este deve ter habilidade para prestar atenção, desenvolvendo uma atitude de compreensão e de ajuda ao ser humano em situação de cuidados.”

“Um dos constrangimentos na comunicação com a pessoa em fim de vida tem a ver com o seu prognóstico. Ao longo da nossa vida sabemos mais acerca da nossa situação pessoal do que qualquer outra pessoa e esforçamo-nos por controlar o fluxo de informação, decidindo o que pode ser do conhecimento dos outros e o que deve permanecer só do nosso conhecimento.” (Frias, 2003:142)

No entanto é através de uma eficiente comunicação que o doente consegue estabelecer uma relação de confiança com o enfermeiro e, esta pode influenciar significativamente a avaliação que os doentes fazem acerca da qualidade dos serviços prestados pelos enfermeiros. Por isso, é importante que os profissionais de saúde desenvolvam as suas competências comunicacionais, como auxílio no estabelecimento de uma relação de ajuda com os doentes, sendo capazes de explorar com os mesmos as suas preocupações, os seus medos e receios.

“Comunicar em enfermagem é uma arte que não se limita a uma troca de palavras, mas inclui a partilha de emoções, de sentimentos e de ideias exigindo da parte do enfermeiro a capacidade de falar e escutar.” (Neves e Pacheco, 2004:70)

“A comunicação em enfermagem, designadamente durante os cuidados, deve ser clara e concisa, procurando ajudar os doentes a delimitarem os seus problemas e a formularem as suas dúvidas e apreensões.” (*Ibidem*)

“A informação adequada a dar à pessoa pressupõe o seu conhecimento, enquanto pessoa, a fim de conhecermos quais são as suas expectativas em relação à doença e aos eventuais tratamentos instituídos o que deseja saber.” (Frias, 2003:142)

O doente precisa que o enfermeiro esteja sempre disponível para ouvi-lo, pois como nos diz Briga (2010:18) “A comunicação é um instrumento básico do cuidado em enfermagem. Ela está presente em todas as acções realizadas com o doente, seja para

orientar, informar, apoiar, confortar ou atender as suas necessidades básicas. Como instrumento, a comunicação é uma das ferramentas que o enfermeiro utiliza para desenvolver e aperfeiçoar o saber-fazer profissional.”

“A comunicação mais que uma ferramenta terapêutica a incluir nos planos de cuidados e segundo os modelos mais modernos da literatura profissional, é uma atitude profissional promotora da autonomia, da confiança, da alegria e da felicidade.” (Neves e Pacheco, 2004:70)

Por outro lado, “não são raras as vezes em que a pessoa não consegue entender o verdadeiro sentido de algumas informações porque estas transportam uma linguagem técnica que lhe é inacessível. As suas prioridades, a nível sócio-cultural, as necessidades, as crenças e os seus valores condicionam a informação transmitida, bem como a sua situação de dependência, em que pode desejar somente, o que pode levar a pessoa doente a entregar-se às mãos em que confia.” (Frias, 2003:143)

“Pensar hoje nas práticas de enfermagem numa lógica de pensamento crítico, ético e holístico, implica o reconhecimento da importância da comunicação no âmbito das relações interpessoais. O cuidado não se restringe apenas a uma acção técnica no sentido de fazer, mas também no sentido de ser, expresso por atitudes, dado o cuidado de enfermagem ser sobretudo relacional. A função da enfermagem não é, pois, susceptível de ser compreendida sem ter em conta esta dimensão da sua prática, sob pena de vermos comprometido todo o processo de cuidar.” (Briga, 2010:15)

“Uma boa comunicação e relação de ajuda com o doente e sua família são as bases adequadas para o cuidado de enfermagem pois permitem conhecer as necessidades do doente, o grau de afectação que a doença determinou e prever o processo de adaptação à nova realidade do pós doença.” (Neves e Pacheco, 2004:70)

“Apoiar a família pressupõe, para os profissionais adoptar uma atitude pró-activa por forma a avaliar sistematicamente as suas necessidades- que frequentemente são distintas das do doente- programar espaços próprios para a discussão da avaliação da doença e dos tratamentos em curso, promover, quando útil conferências familiares, que representam uma forma estruturada de intervenção na família, embora não corresponda a terapia família. A família necessita que lhe sejam validados os cuidados que presta por parte dos profissionais e também de ter consciência de que tudo o que é fundamental para o bem-estar do seu ente querido está a ser feito.” (Neto, 2004:33)

“No âmbito da comunicação e do apoio ao doente e à família, há uma estratégia fundamental que é a da escuta empática e activa. A comunicação empática permite-nos entender o que o outro está a sentir sem que tenhamos nós próprios que o estar a viver.” (Ibid:34)

A desvalorização do modelo biomédico também contribuiu muito para que se passasse a ver o homem não apenas como um ser físico, mas como um sistema aberto em constante contacto com a comunidade onde pertence, com a sua própria personalidade e especificidades, com uma capacidade de desenvolver relações com as outras pessoas. Isso remete-nos para a concepção de ver a pessoa como sendo responsável, com as suas necessidades próprias e com capacidade para se auto-realizar. Com isso não se pode dissociar a dimensão física da psicológica, visto que a essência do homem consiste na relação que estabelece com as suas múltiplas dimensões, num processo interactivo com o meio, onde se engloba a saúde. (Briga, 2010)

Muitas vezes torna-se importante para o profissional de enfermagem adoptar estratégias como forma de conseguir entender as mensagens que lhe são transmitidas pelo doente. A comunicação verbal nem sempre está presente, mas o doente também comunica com gestos e com as suas emoções, devendo o enfermeiro estar atento e utilizar todas as suas competências para decifrar as mensagens que o doente lhe transmite e assim conseguir ajuda-lo.

“No quotidiano da enfermagem, é de salientar o olhar como um instrumento colocado em prática pelos enfermeiros, em todos os momentos da prestação de cuidados ao doente com intuito de captar todas estas emoções e reacções referidas reveladas através da comunicação não-verbal do doente. O profissional de enfermagem através do olhar pode ler expressões do rosto do doente, as quais por vezes indicam o que o este não consegue dizer ou se esforça por esconder.” (Briga, 2010:28)

Para aliviar, acompanhar, partilhar, entender e compreender o sofrimento por que passa um doente que se aproxima da morte, que vive a incerteza dessa aproximação, obriga que se abram vias de comunicação entre a equipa, paciente e família, emergindo como um núcleo fundamental de interacção. É importante conhecer os objectivos de um modo claro e preciso, mobilizar os próprios recursos na procura de outra abordagem que resulte, mais eficaz, tanto para o doente como para o profissional de saúde. (Twycross, 2003).

Mediante isso o enfermeiro deve procurar a melhor forma de iniciar a comunicação com o doente, tendo sempre em conta os valores, as normas e crenças praticadas pelo mesmo. Deve adaptar as competências comunicacionais de acordo com a realidade em que se encontra. Mas mais do que isto, deve escutar pois, escutar engloba estar atento a todos os aspectos que podem ajudar com que a relação com o doente seja de empatia e respeito.

Como nos transmite Moreira (2010:31):

“Escutar é, assim, descobrir todos os indicadores fornecidos pelo doente, o que requer do enfermeiro uma abertura completa à comunicação, obrigando-o a um empenhamento total para que possa captar todos os indicadores emitidos pelo doente, tanto verbais ou não. Para tal, é necessário ter em atenção, a linguagem não-verbal que diz tanto ou mais que a verbal, tendo em conta que ela reforça e contradiz, através dos gestos e da mímica e que reflecte mais profundamente os estados de alma relacionados com as palavras proferidas. O tom de voz (claro ou surdo), o débito (rápido ou lento), o volume (forte ou fraco) e o ritmo (regular, irregular ou hesitante) reforçam, contradizem ou vão mais longe que as palavras pronunciadas. A linguagem não-verbal e os seus componentes (a linguagem corporal, a para linguagem e o silêncio) desempenham um papel indispensável da escuta total.”

Assim, é importante que o enfermeiro consiga estar o mais tempo possível junto do doente de modo a que este consiga escutar as mensagens do mesmo, as suas ideias, as mensagens corporais que o mesmo transmite. Isto requer do profissional de saúde uma capacidade sensorial, intelectual e emotiva, devendo para isso estar livre de pressões externas. (Moreira, 2010)

## **CAPITULO III: O ENFERMEIRO E A ARTE DO CUIDAR**

## **1. O CONTRIBUTO DA ENFERMAGEM NOS CUIDADOS COM O DOENTE EM FIM DE VIDA**

“O alívio dos sintomas angustiantes, a prestação de cuidados a doentes que se encontram a morrer, a preparação do corpo após a morte e o cuidar de familiares recentemente em luto, tem constituído uma parte importante do trabalho de enfermagem.” (Magalhães, 2009:85)

“A enfermagem é entendida como a ciência e arte de assistir o ser humano no atendimento das suas necessidades básicas e torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado: de recuperar, manter e promover a saúde, em colaboração com outros profissionais.” (Pacheco, 2002: 94)

“A finalidade dos cuidados de enfermagem é percebida no sentido de promover a aquisição, a manutenção ou a restauração da independência máxima de cada indivíduo na realização das suas actividades de vida, em qualquer fase do ciclo e, no final do ciclo vital, ajudá-lo a morrer com dignidade.” (*Ibid*: 82)

“Neste sentido, o enfermeiro ajuda as pessoas a lidarem com o seu estado de saúde, podendo emergir a necessidade de ajuda em qualquer momento particular no ciclo vital individual, em especial na situação de internamento hospitalar ou no domicílio, na velhice e no final do ciclo vital.” (*Ibid*: 83)

“Prestar cuidados a nível profissional é exercer um poder que, de facto, é delegado pelos utilizadores dos cuidados no sentido em que recorrem a pessoas susceptíveis de lhes oferecer um serviço que possa completar ou suplementar a sua própria acção.” (*Ibidem*)

“Esta situação exige competências culturais aos enfermeiros para identificarem as necessidades e dificuldades através dos seus próprios olhos e dos olhos dos familiares, prevenindo-se a limitação da sua perspectiva com a ignorância daquilo que distingue cada pessoa, cada família, na sua maneira de ser, estar e sentir, angústias e medos, no final da vida.” (*Ibid*: 84)

“O campo de competências de enfermagem situa-se como um prolongamento, uma substituição daquilo que os utilizadores dos cuidados não podem, temporariamente, assegurar por si próprios, ou lhes é assegurado pelos que os cercam.” (*Ibid*: 94)

“O cuidado visa a autonomia da pessoa, tem um sentido terapêutico, mesmo quando meramente paliativo enquanto, o autocuidado é inerente à condição de vida autónoma de cada pessoa.” (*Ibid*: 95)



É no profissional de enfermagem que o doente em fim de vida procura a atenção e o respeito na ajuda da satisfação das necessidades anteriormente realizadas de forma autónoma, mas segundo Pacheco (2002:95) “ (...), cuidar na enfermagem transporta actos físicos, mas abarca a mente-corpo-alma à medida que reclama o espírito corporizado como centro de atenção. O cuidar interessa-se pela arte de ser humano. Faz apelo a uma presença de ser autêntico do profissional, no momento de cuidar, mobilizando uma atenção de cuidar-curar intencional.”

Apesar dessa necessidade de pedir ajuda ao profissional de enfermagem enquanto doente em fim de vida, salienta-se que, como nos diz Pacheco (2002:97) “ (...), a doença considerada como uma entidade e, descrita como um constrangimento, ocupa muito espaço no discurso dos doentes que atribuem papéis distintos aos profissionais, nem sempre conformes com as prestações que poderiam ou deveriam ser oferecidas. Os enfermeiros não são reconhecidos na sua capacidade de escuta e no seu dever de informar.”

Ou seja, os profissionais de enfermagem apenas abarcam as necessidades físicas dos doentes em fim de vida, esquecendo-se ou ignorando por completo as outras dimensões, pois para o mesmo o mais importante é que o doente não tenha nenhuma queixa física durante o processo de morrer. Assume-se como um profissional tecnicista e o lado da escuta, de informar o doente sobre a sua situação de saúde, sempre que lhe for solicitado, da solidariedade, são aspectos que acabam por não entrar nos parâmetros de cuidados dos enfermeiros.

“Os doentes procuram os enfermeiros em busca de diferentes tipos de ajuda que não esperam receber de outros profissionais. A ajuda proporcionada vai além das definições estreitas daquilo que é terapêutico, esta ajuda consiste, por vezes, simplesmente, em ter a coragem de ficar com o doente, de oferecer o conforto que a situação permite incluindo o apoio afectivo e a informação às famílias dos doentes.” (Pacheco, 2002:99)

“Os cuidados a prestar ao doente em fase terminal, consistem essencialmente no seu acompanhamento e conforto ao longo de todo o período de aproximação iminente da morte e pretendem sobretudo aliviá-lo da dor e do sofrimento possibilitando-lhe, assim, o máximo de bem-estar e plenitude durante a vida que lhe resta viver.” (Pacheco, *Ibid*:64)

“Sendo a morte um fenómeno indesejável, isso tem levado os enfermeiros a uma grande dificuldade em aprenderem a lidar com ela, porque não se sentem preparados. A

maior parte da sua formação é no sentido de enfatizar a vida e é para a sua preservação que se sentem preparados.” (Frias, 2013:21)

“E, quando a morte da pessoa surge, os enfermeiros têm a sensação de não saberem o que fazer e, por vezes, afastam-se. Os cuidados são realizados à pressa o que os ajuda a controlar os seus próprios sentimentos ou a ter uma ‘presença’ ritualizada que bloqueia a interacção, levando a cuidados despersonalizados.” (*Ibidem*)

“Torna-se deste modo necessária uma mudança de mentalidades dos profissionais de saúde no sentido de reconhecerem que o objectivo dos cuidados de saúde nem sempre pode ser o de curar o que, no caso específico dos doentes em fase terminal já não tem qualquer sentido.” (Pacheco, 2004:64)

“A conceptualização do ‘cuidar’ e do cuidado é muito diversa. No entanto, podem coexistir três características comuns: é um acto humano que impõe a relação entre pessoas, é essencial à vida e não é exclusivo dos profissionais de saúde. Cuidar, no seu sentido mais radical é estar no outro, dentro dele, no sentido metafórico, e não prestar-lhe serviços a partir de fora.” (Frias, 2013:33)

“O cuidado é uma atitude pessoal e profissional do enfermeiro que se manifesta nos cuidados que constrói e no modo como os constrói. Os cuidados de enfermagem são intervenções exteriores que traduzem e realizam a atitude interior de cuidado que anima o enfermeiro. A atitude de cuidado é um estado de espírito, uma postura profissional; a construção dos cuidados é o conjunto de relações corporais que dão, no exercício profissional, expressão à atitude e à postura.” (*Ibid*:36)

Para saber prestar cuidados de qualidade o enfermeiro inicialmente ao longo da sua vida académica posteriormente no decorrer do seu percurso profissional deve adquirir certas competências atitudinais, pessoais e profissionais para o ajudar a prestar cuidados de uma forma holística, pois como nos diz Frias (2013:37), “ (...) para cuidar, é necessário ser solidário com as suas necessidades e demonstrar confiança nas suas potencialidades. Disso depende a configuração de um vínculo entre quem cuida e quem é cuidado e, por conseguinte, de um processo de construção.”

Assim, Frias (2013:37) ainda realça que “(...) importa, para a construção dos cuidados de enfermagem centrar-nos na interacção entre a pessoa alvo dos cuidados e a pessoa do enfermeiro. Neste processo, o enfermeiro contribui com o seu conhecimento e

experiência profissional e a pessoa com as suas vivências e experiências de saúde, doença, as suas necessidades e os seus recursos.”

“O processo de cuidados à pessoa obriga o enfermeiro ao entendimento da expressão ‘construção de cuidados de enfermagem’, na qual sobressai um pressuposto assumido: a construção dos cuidados é realizada a propósito de uma determinada situação, inicia-se com o conhecimento e a identificação das necessidades da pessoa e da família e com a procura da melhor forma de lhes responder em conjunto com a pessoa e a família.” (Frias, 2013:37)

“Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros só podem ajudar as pessoas no atendimento das suas necessidades se, eles próprios viverem sentimentos de adequação e bem-estar. Para tal, é importante que também tenham presentes algumas dimensões pessoais a contemplarem numa relação: a empatia, o calor humano não possessivo, a disponibilidade e a aceitação do outro, de modo a que o cuidado conduza a pessoa em fim de vida a compreender-se a si própria, a favorecer-lhe a escolha nos cuidados, controlo e autodeterminação na forma como vive a sua situação e a preservar a sua dignidade.” (*Ibid*:38)

“Os enfermeiros, ao terem, como centro da sua actividade profissional as pessoas em fim de vida, neste tempo em que as sociedades estão cada vez mais voltadas para si próprias, favorecendo e estimulando o individualismo e, o que parece ser mais rentável, são, desde logo, desafiados a colocarem-se numa atitude de contra-corrente diante das práticas dominantes e numa postura de afirmação do valor da pessoa, independentemente do seu estado.” (*Ibid*:41)

“ Cuidar não envolve apenas tarefas específicas, mas depende da qualidade e tipo de relação mantida, envolve atender física, mental e emocionalmente às necessidades do outro e assumir o compromisso de dar suporte, promover o crescimento e reparação do outro.” (Magalhães, 2009:88)

### **1.1. O Cuidar da Dignidade e Autonomia do Doente em Fim de Vida**

Segundo Magalhães (2009:90) “ A dignidade deverá ser considerada em termos da sua contribuição para a qualidade ou aspectos dos cuidados de enfermagem prestados às pessoas que estão seriamente doentes ou em fim de vida e, cujo sentido de dignidade inata ou integridade pessoal, espiritual e física, estejam sob ameaça.”

Freitas (2008:79) realça ainda que, “(...) a dignidade constitui um valor espiritual e moral inerente à pessoa humana que se manifesta na autodeterminação consciente e responsável da vida. A dignidade não pode ser afectada seja qual for a situação em que a pessoa se encontra, e constitui o núcleo de onde irradia o mínimo de qualidade de vida.”

“A dignidade humana é o reconhecimento de um valor. É um princípio moral baseado na finalidade do ser humano e não na sua utilização como um meio. Isso quer dizer que a dignidade humana está baseada na própria natureza da espécie humana a qual inclui manifestações de racionalidade, de liberdade e de finalidade em si, que fazem do ser humano um ente em permanente desenvolvimento na procura da realização de si próprio.” (Sapeta, 2011: 88)

“Quanto mais se respeitar a autonomia do paciente e a participação dos familiares na discussão da evolução do quadro clínico e condutas prognósticas, maior será o sucesso da humanização do atendimento a este doente.” (Chaves e Massarollo, 2009:35)

Como nos diz Santana et al (2009:84), “Admitir que apenas porque não há cura e que o paciente se encaminha para o fim da vida, não significa que não há mais o que fazer. Ao contrário, surgem inúmeras possibilidades a serem oferecidas ao paciente e sua família, como sua autonomia, suas escolhas e desejos.”

“Os profissionais da área da saúde devem atender à globalidade do ser humano, integrando a dimensão espiritual no seu exercício como uma via inequívoca de humanização, tratando assim o doente/utente como uma pessoa digna, com valor em si mesma, um ser único e irrepitível e de igual modo, possibilitando-lhe possíveis ganhos em saúde.” (Pimenta, 2010:16)

O mesmo autor (p.81) afirma ainda que “A dignidade humana vislumbra-se como um conceito de difícil operacionalização, porque implica necessariamente a conceptualização do que é ser pessoa humana. Temos que conhecer algo para lhe atribuir valor. Ao reconhecermos dignidade à pessoa humana, conferimos-lhe um conjunto de direitos fundamentais que devem ser respeitados, entre os quais o seu direito à liberdade e autodeterminação.”

Citando Kant (2005), Pimenta (2010:86) diz que:

“O ser humano, devido ao seu traço distintivo que consiste na sua racionalidade, é merecedor de respeito, não sendo possível instrumentalizá-lo por qualquer outra vontade, o Homem é um fim em si mesmo. A razão que determina a vontade e a autonomia que esta tem (autonomia da vontade) em seguir a lei que ela própria determina, são os fundamentos

pelos quais o ser racional é um fim em si mesmo. Em suma, a razão e a liberdade são os motivos pelos quais a pessoa humana é detentora de valor e respeito.”

“O conceito de dignidade humana é vasto e difícil de especificar. Contém em si mesmo aspectos objectivos, mas também subjectivos. A dignidade para os doentes envolve aspectos que abrangem o conforto físico, fisiológico, espiritual, cultural e social. Por isso, é um conceito que deve ser abordado de forma holística. Para muitos doentes a noção de dignidade está ligada à noção de que a sua essência permanecerá para além da morte, à ideia de que serão lembrados pelos seus entes queridos e, dessa forma, permanecerão vivos neles e através deles.” (Canastra, 2007:141)

Pimenta (2010:88) ressalta ainda que:

“(…)a dignidade humana não se limita ao respeito que é merecido a cada ser humano por o ser (dotado de capacidade de raciocínio, liberdade e autodeterminação), sendo o conceito mais abrangente e implica a própria humanidade como um todo e a responsabilidade de uns pelos outros, a dignidade da pessoa humana individual e a dignidade humana como dignidade da humanidade, ou seja, uma visão da dignidade em sentido de interligação e relação de todos na comunidade humana.”

“Associado ao conceito de dignidade aparece o conceito de morte digna. O direito a uma morte digna significa o direito que o doente tem de morrer em condições que respeitem a sua dignidade enquanto pessoa.” (Canastra,2007:141)

“ Encontrar um sentido para a ideia da morte com dignidade poderá passar por abandonar a associação a uma boa morte, algo relacionado com a forma de morrer e ser vista como uma forma de se tratar as que se encontram em fim de vida.” (Magalhães, 2009:90)

“As pessoas que estão a morrer merecem ser tratadas com dignidade de forma a preservar a dignidade que tinham e ajudá-las a recuperar o sentido de dignidade que sentem ter perdido.” (*Ibidem*)

“A preservação da dignidade não depende apenas da natureza da interacção social que os enfermeiros têm com as pessoas doentes e os seus cuidadores, depende também das estruturas institucionais, culturais, de gestão e políticas sociais que permitem que os enfermeiros valorizem o trabalho que fazem e assim desenvolverem formas de cuidar que protejam e melhorem a dignidade dos doentes.” (*Ibid:91*)

A dignidade da pessoa deve ser uma ferramenta tida sempre presente no trabalho do enfermeiro, ajudando-o a perceber quais são as perspectivas do doente e família, as suas

expectativas, os seus objectivos, definidos em conjunto e contribuindo assim para um nível mais elevado de satisfação do doente e sua família.

“O termo autonomia deriva de duas palavras gregas *autos e nomos* que significam, respectivamente, o poder de dar a si próprio uma regra, definindo os seus interesses individuais e relações particulares. Autonomia é, portanto, o poder de independência (autodeterminação) exercido pela pessoa.” (Firmino, 2006:238)

Ainda o mesmo autor (p.238) ressalta que a “autonomia é a base dos direitos fundamentais do homem e especificamente dos seus direitos de personalidade, encontrando-se consignada em vários tratados nacionais e internacionais que conduzem ao exercício da cidadania.”

“O princípio da autonomia refere-se ao respeito devido aos direitos fundamentais do homem e do cidadão, particularmente o da autodeterminação. Requer-se que haja respeito pelos direitos individuais do doente, para que este possa tomar decisões por si próprio, baseado nos seus valores e crenças, isentas de qualquer paternalismo, coacção ou manipulação.” (Neves e Pacheco, 2004:239)

Neves e Pacheco, (2004:239), afirmam ainda que “O enfermeiro, no exercício da sua profissão, deve atender com atenção e responsabilidade a todo o pedido de informação ou explicação feito pelo individuo em matéria de cuidados de enfermagem.”

“A confiança mútua entre enfermeiro e doente deve atender sempre, por um lado, ao preceituado no Código Deontológico do Enfermeiro que refere que o enfermeiro, no acto de cuidar, deve privilegiar a relação, por outro, deve dar também atenção à obtenção do consentimento para cuidar. Assim se estabelece uma aliança mútua que parece ser o elo de ligação da relação terapêutica ente profissional de saúde e doente, subjacente a tratamentos e/ou terapias a serem efectuados.” (Firmino, 2006:239)

Rossa (2007:42) ressalta que:

“O princípio do respeito pela pessoa e sua dignidade, que alguns autores consideram sinónimo do princípio de autonomia deve ser a máxima de todos os profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros na medida em que a sua profissão se centra precisamente na atenção à pessoa. Para que se garanta o respeito pela pessoa é preciso que os próprios enfermeiros tenham valores que assegurem não só a relação franca com o doente, mas promovam também a autonomia deste quando as condições não são as mais favoráveis.”

“Os profissionais de saúde devem estar devidamente habilitados a prestar assistência e cuidados adequados, rigorosos e humanizados, mesmo quando a cura já não é possível. O

cuidar dos doentes no período terminal das suas vidas exige da parte dos enfermeiros uma ponderação individual das circunstâncias que, envolvendo necessariamente os cuidados de saúde adequados à pessoa doente, terá que considerar de modo especial as manifestações dos seus valores culturais e espirituais e o seu envolvimento afectivo, familiar e social.” (*Ibid*:41)

Firmino (2006:239) argumenta que “A problematização actual da autonomia decorre do avanço das biotecnologias e dos desafios que este coloca. A autonomia converteu-se em símbolo do direito moral e legal dos doentes para adoptarem as suas próprias decisões, sem restrição nem coerção, as quais podem mesmo sobrepor-se às mais benéficas intenções dos prestadores de cuidados.”

Rossa (2007:45) explica que:

“Dado que o objecto da competência da enfermagem é o ser humano, os enfermeiros devem desenvolver o seu saber e o seu saber-fazer, de forma a promover o crescimento pessoal de ambos. A profissão de enfermagem exige que se ofereça ao doente e família este indispensável elemento da competência que é a capacidade em estabelecer uma relação que lhes permita ser cada vez mais eles próprios, crescer na alegria, no sofrimento e algumas vezes mesmo às portas da morte.”

“A aquisição de competências em enfermagem envolve a articulação de vários processos, entre eles a formação inicial e contínua de competências, através da conjugação dos saberes formais, do saber fazer e da experiência, do processo de construção e evolução do enfermeiro e por fim do reconhecimento das competências pelos pares e pela comunidade em geral.” (*Ibid*:49)

## **1.2. Autonomia, o Consentimento e o Respeito pelas Escolhas do Doente**

“Para a garantia da liberdade de consentir é preciso que os profissionais da saúde respeitem a autonomia do paciente e não desrespeitem a sua autonomia em nome do bem do paciente ou de normas e rotinas institucionais.” (Oguisso e Zaboli, 2006:138)

Rossa (2007:37) diz que:

“Em termos práticos, o princípio da autonomia significa que a pessoa em estado terminal tem o direito de receber informação conveniente, completa e contínua da sua situação, desde o tratamento que lhe é proposto até às suas alternativas. Os profissionais devem assegurar a correcta compreensão da informação de modo a que o doente possa decidir livre e conscientemente, ou possa acompanhar e apoiar uma decisão sobre si próprio, baseando-se nos princípios éticos e morais que aceita e toma como sendo os seus.”

“É importante que na relação com os profissionais que assistam o paciente seja concedido espaço para que este possa exercer sua autonomia. Possibilitar-lhe esse direito implica estar preparado para ouvir a sua decisão de não realizar determinados tratamentos e intervenções, decisão essa, que pode parecer absurda para a equipa profissional, mas que diz respeito a um ser humano que possui uma vivência diferente, tanto de vida como especificamente da sua patologia.” (Oguisso e Zaboli, 2006:138)

“O consentimento deve ser livre, voluntário, consciente, não comportando coacção ou manipulação.” (*Ibid*:139)

“Consentimento esclarecido é um acto de decisão voluntária, realizado por uma pessoa competente, ou seu representante legal, aceitando ou recusando a proposta de acção que lhe afecte ou possa-lhe afectar, após o entendimento das informações necessárias.” (*Ibidem*)

“Como processo, o consentimento é resultado da participação activa do paciente na tomada de decisão e faz parte da relação que se estabelece entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços de saúde. Desta forma o consentimento informado traduz um processo contínuo que envolve reciprocidade na troca de informações e respeito real à autonomia das pessoas e não a execução de um acto obrigatório.” (*Ibid*:141)

Conforme Firmino (2006:237):

“A evolução dos cuidados médicos e de enfermagem, derivada do avanço tecnológico, exige hoje da parte dos prestadores de cuidados intervenções científicas em que forçosamente tudo terá de ser esclarecido e validado com o doente/utente. Por isso, tem-se vindo a sentir a necessidade cada vez maior de elucidar os doentes acerca do que o profissional de saúde vai fazer, porque o faz, que riscos correm os doentes, que qualidade de vida terão, etc, no sentido de dar a estes últimos a possibilidade de fazerem uma escolha livre entre as alternativas em aberto, no pressuposto da existência de um consentimento informado.”

O enfermeiro deve servir-se do consentimento informado para realizar os cuidados de enfermagem, sendo este uma prova elucidativa que corresponde à vontade do doente de ser submetido a determinado tratamento ou cuidado. Ainda como nos diz Firmino (2006), o consentimento informado compreende três sentidos de liberdade da pessoa:

- Ser capaz de escolher;
- Estar desimpedida de compromissos anteriores;
- Estar livre de coacção



Firmino (2006:237) explica esses três sentidos da seguinte forma

“Para que o consentimento seja válido e a autonomia possa ser exercida o doente deve ser livre no sentido de ser capaz de uma escolha de plena vontade, como agente moral. Para tal, a pessoa necessita de ser capaz de compreender e apreciar o significado e as consequências das ações por que opta, de forma a poder assumi-las como suas ou então de as rejeitar. Num segundo momento, a restrição de compromissos anteriores pressupõe a existência de um segundo sentido de liberdade, o de não ser prejudicado por anteriores compromissos. Por fim, exige-se a liberdade em relação à coacção uma vez que, mesmo que o indivíduo tenha liberdade para escolher e esteja isento de compromissos anteriores, ele ainda pode encontrar-se sob coacção.”

Como exemplo o mesmo autor explica que estes aspectos devem ser tidos em consideração na prestação dos cuidados, pois até um simples acto de realização da higiene do doente pressupões que este assente e valide isso com o enfermeiro, o que contribui para um estabelecimento da confiança entre ambos. (Firmino, 2006)

De acordo com Oguisso e Zaboli (2006:141):

“A autonomia do paciente pode ser afectada por diversas causas: algumas podem ocorrer por situações inerentes a ele, como a dor, a fraqueza, a fadiga, o medo e a ansiedade; e outras podem ser geradas por situações externas, como as dependências física, económica e psicológica a outras pessoas, as quais podem funcionar como factores limitantes. Os profissionais de saúde devem compreender esse estado de vulnerabilidade do paciente e não usar essa condição, mesmo que acreditem estar agindo em benefício do usuário.”

“A ansiedade, o medo de saber, o desinteresse, a dificuldade ou incapacidade de compreensão, ou, ainda, a excessiva confiança nos profissionais de saúde fazem com que, muitas vezes, os pacientes não se importem de não serem informados, ou até que não queiram ser informados, limitando a possibilidade de manifestação de sua autonomia. O paciente deve conhecer o seu direito de ser esclarecido, mas caso não queira, também deve ser respeitado.” (*Ibidem*)

“A informação sobre o seu estado de saúde é um direito do paciente. O compromisso do profissional e do serviço é com o usuário, por isso, não se podem sonegar informações, requeridas pelo próprio paciente, em nome do sigilo profissional.” (*Ibid*:147)

“Os profissionais de saúde devem considerar se a informação transmitida foi adequada e se o consentimento para os tratamentos, para os cuidados a prestar ou outros procedimentos, foi informado. Assim, o enfermeiro, no exercício da sua profissão, deve atender com atenção e responsabilidade a todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem.” (Firmino, 2006:239)

Em relação ao respeito pela vontade e escolhas do doente o mesmo autor (p.239) salienta que “para se poder garantir o respeito pela pessoa é preciso que os próprios enfermeiros tenham valores que assegurem não só a relação franca com o doente, mas promovam também a autonomia deste, mesmo quando as condições não são favoráveis.”

### **1.3. O Direito à Verdade**

“A verdade pode designar-se como a adequação entre inteligência e a coisa. Numa outra perspectiva, a verdade também pode ser tida como a lealdade dos deveres para com o próximo, quanto mais se verificar mais se consolida a comunicação, se bem que, se deva usar sempre de prudência na determinação do que é ou deve ser dito.” (Firmino, 2006:241)

O enfermeiro deve pautar-se por na sua prática dizer sempre a verdade acerca do estado de saúde do doente e, quando isso não é possível, incluir os familiares na prestação de cuidados.

Não obstante como nos acrescenta ainda Firmino (2006:241), “a verdade não se reporta apenas a uma realidade objectivável, produto da racionalidade humana no seu relacionamento com o mundo exterior, mas é também relativa à apreensão que o homem tem da sua vida interior, a qual interfere no olhar que ele lança para o exterior e, assim também, na verdade acerca de si e dos outros, da vida e do mundo.”

Ao considerarmos a problemática da verdade relacionada com a prática da enfermagem e na relação de comunicação que se estabelece entre o enfermeiro e o doente, Firmino (2006:241) ainda nos explana que “a primeira questão que se nos coloca é a de saber se se deve dizer toda a verdade ao doente em função do direito que lhe assiste, em função da sua autonomia.”

Pode-se dizer então que o doente tem direito a saber toda a verdade, independentemente de qualquer circunstância. Não obstante como garante ainda o mesmo autor (p.241):

“Este princípio conhece algumas excepções decorrentes, sobretudo, da estrutura psicológica do doente e/ou da sua estabilidade emocional num dado momento em que, por exemplo, se comunica o diagnóstico de uma doença grave. O mesmo se aplica ao doente terminal: ele tem o direito de ser informado plenamente sobre o seu estado de saúde, para poder assim assumir com dignidade o seu estatuto de doente, mas pode estar também numa situação em que a verdade lhe cause maior malefício do que benefício e também pode simplesmente recusar-se a querer saber a verdade.”

“Em termos gerais, o doente/utente tem direito a ser informado acerca: do tratamento (terapêutica), do que o espera (diagnóstico), dos riscos que corre e da previsível qualidade de vida (prognóstico). Apenas nestas condições ele pode prestar o seu consentimento. É preciso dizer-lhe a verdade e, simultaneamente, ajudá-lo a descobri-la pouco a pouco, uma vez que, quando a informação é transmitida de uma forma abrupta pode tornar-se extremamente prejudicial.” (Firmino, 2006:241)

O enfermeiro tem assim a responsabilidade de zelar para que todo o cuidado que presta ao doente decorra do livre consentimento deste e, que o mesmo seja por um lado possuidor de toda a informação sobre o seu estado de saúde, mas também que consiga compreender o alcance de toda a informação que lhe é prestada, para que sabendo de toda a verdade seja capaz de decidir livre e espontaneamente. Neste caso, a responsabilidade da decisão terapêutica passa a ser não somente dos profissionais de saúde, mas sim uma decisão partilhada com o doente, cumprindo-se assim o respeito pela dignidade humana deste. (Firmino, 2006)

#### **1.4. O Respeito pela Vulnerabilidade da Pessoa**

É importante que o enfermeiro antes de qualquer outro princípio centre-se primeiro na vulnerabilidade da pessoa em fim de vida, pois ao assumir as dificuldades por parte do doente, este será capaz de idealizar um cuidado recorrendo sempre aos outros princípios como adjuvantes no processo do cuidar.

Como nos explica Hottois e Missa (2003:687) “A noção de vulnerabilidade conserva uma relação íntima com os princípios clássicos, tanto de autonomia (de autodeterminação humana), como de dignidade (de valor intrínseco do indivíduo) ou de integridade (de coerência da vida), pois é impossível compreender estes princípios clássicos, a sua força e os seus limites, sem tomar como referência a ideia de vulnerabilidade, ideia esta que só tem sentido enquanto fundamento desses conceitos éticos.”

No seguimento da linha de pensamento do mesmo autor, (p.688) este esclarece que “É verdade que a autonomia, a dignidade e a integridade constituem aspectos vulneráveis dos seres humanos, mas a ideia de vulnerabilidade ultrapassa as ideias de autonomia, de dignidade e de integridade pessoais. Revelar consideração pelo que é vulnerável significa que se assegura uma protecção da vida que vai mais longe do que a protecção da autonomia, da dignidade e da integridade dos seres humanos.”

Para saber-se quais as vulnerabilidades do doente é importante que o profissional de enfermagem conheça bem a história do mesmo. Waldow e Borges (2008:6) explicitam que “O conhecimento do paciente, sua história, experiências anteriores, sua motivação, expectativas, rituais de cuidado e grau de vulnerabilidade serão de total ajuda no processo de cuidar. O conhecimento do paciente permite identificar e entender suas reações mais prontamente. Estar disponível não só para o paciente, mas para sua família também é fator valioso. A família esclarecida, bem cuidada e apoiada poderá colaborar muito cuidado.”

Nesse âmbito pode-se acrescentar, segundo Hottois e Missa (2003:687)

“A noção de vulnerabilidade exprime um dos aspectos mais universais da condição humana-a sua finitude e mortalidade. A descrição de um ser como vulnerável evoca, normalmente, um apelo ético de cuidados, de protecção e de responsabilidade por esse ser. E, na comunicação ordinária, a noção de vulnerabilidade é, ao mesmo tempo, descritiva e normativa, um registo que constitui, desde logo, uma prescrição, de tal modo que, numa ética da vulnerabilidade, a distinção entre os factos e as normas deixa de ser utilizável, pois a vulnerabilidade já é um conceito ético. Talvez esta dualidade explique por que motivo o princípio de vulnerabilidade se tornou, nos nossos dias, tão imperioso como princípio ético fundamental na bioética e, aliás em qualquer consideração ética.”

“As relações de cuidado que são travadas entre os protagonistas ocorrem durante o encontro denominado momento de cuidado. Esse momento de cuidar se concretiza de forma plena quando se estabelece um laço de confiança do ser cuidado para o ser que cuida e que, em princípio, para despertar essa confiança, deverá demonstrar responsabilidade, competência, respeito e sensibilidade. Compreende-se, em adição, que o ser cuidado (...) é um ser que se encontra vulnerável.” (Waldow e Borges, 2008:2)

Exemplificando de forma simples a questão de vulnerabilidade ligada ao doente, Hottois e Missa (2003:687) afirmam que os seres vulneráveis:

“são aqueles em que os princípios de autonomia, de dignidade ou de integridade correm o risco de ser ameaçados ou violados. Assim, qualquer indivíduo capaz de dignidade é protegido pelo princípio de vulnerabilidade. Este princípio, porém, não existe apenas o respeito pelos princípios de dignidade, de integridade e de autonomia; recorda-nos também o nosso dever de assistência perante os que são incapazes de realizar o seu potencial humano. Daí decorre um direito positivo à integridade e à autonomia que serve de base à pertinência das ideias de solidariedade, de não discriminação e de comunidade.”

“A cuidadora deve estar sensibilizada e habilitada para ajudar e apoiar nas circunstâncias de vulnerabilidade e, nesse sentido, o cuidar tem seu ponto de máxima

importância, pois os esforços para buscar a restauração vão além de ordem física, representando apoio e permitindo que o outro, o ser cuidado, seja ele mesmo, em sua própria especificidade, em sua singularidade.” (Waldow e Borges, 2008:2)

“Em primeiro lugar, a vulnerabilidade exprime, para todos, a finitude e a fragilidade da existência humana que, para quem é capaz de ser autónomo, servem de fundamento à possibilidade e necessidade de qualquer discurso moral, mas também de qualquer ética. Em seguida, é o objecto de qualquer princípio moral por ser um apelo à responsabilidade e assinalar os limites de qualquer liberdade.” (Hottois e Missa, 2003:687)

“A cuidadora busca, em última análise, manter a integridade do ser vulnerável, independente do que resulte sua condição, seja de cura, seja de alívio em fase de terminalidade. A ajuda se manifesta no manejo em tratar com o sofrimento, incapacidades e limitações ou, ainda, no caso de apoio em estados de medo e ansiedade, entre outras condições.” (Waldow e Borges, 2008:2)

“É importante que a cuidadora tenha consciência do que se passa ou do que pode vir a se passar com os pacientes (seres vivenciando uma circunstâncias de vulnerabilidade) e, para isso, requer-se não só competência profissional, mas sensibilidade, discernimento e intuição.” (*Ibid*:6)

O princípio da vulnerabilidade ajuda o profissional de enfermagem a ter respeito pelo estado de saúde do doente e a ter consideração pela vida do mesmo. É durante o seu trabalho, no processo de cuidar que o enfermeiro deve colocar em prática as habilidades e competências apreendidas na ajuda ao doente, sempre com um pensamento crítico. Reflectir sobre o que fez, o que está fazendo e como deverá ser feito o cuidado ao doente ajuda com que o mesmo desenvolva uma excelência na prática das acções de enfermagem, devendo ser estar presente esses pressupostos na avaliação do doente e da sua situação. (Hottois e Missa, 2003; Waldow e Borges, 2008)

“O papel da cuidadora é fundamental para reduzir a vulnerabilidade do paciente. Desse sentido, o profissional de enfermagem, em especial, é responsável pela obtenção de um ambiente de cuidado e isso envolve acções que mobilizam tanto recursos humanos, na sua máxima possibilidade de relacionar-se, quanto materiais. A dimensão humana, favorecida pelo ato de cuidar, tem carácter de transformação, de integralização com o mundo, o ambiente e as pessoas.” (Waldow e Borges, 2008:5)

“Cuidar é entendido como o alívio da vulnerabilidade; a facilitação do conforto, a promoção da dignidade, a realização mútua e a preservação e extensão das possibilidades humanas da pessoa, da família e da comunidade, bem como o proporcionar uma morte serena.” (Queirós, 2001:39)

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o desenvolvimento do trabalho chegamos à conclusão que é de extrema importância dar ênfase à necessidade de abordar cada vez mais as temáticas ligadas à morte e ao processo do morrer, fazendo estes, parte integral da vida do ser humano. Ao longo do mesmo, optou-se por falar da morte e das representações que esta apresenta para o homem e para a sociedade em geral. Reafirmando que a forma como cada ser humano vivencia a finitude, faz com que o mesmo desenvolva mecanismos pessoais para lidar com as questões relacionadas com o fim de vida, inclusive o próprio enfermeiro que antes de mais é uma pessoa com experiências próprias. Torna-se com isso pertinente que o mesmo tenha uma base sólida durante o seu percurso académico, para que este possa desenvolver competências pessoais e profissionais importantes na resolução desses problemas. Ao longo da monografia quisemos de igual modo demonstrar a importância do enfermeiro enquanto mediador entre o doente e a família, servindo de elo de ligação, numa fase em que o doente precisa de apoio e disponibilidade para os seus receios e angústias. Realçamos com isso que o enfermeiro deve englobar a família nos cuidados prestados aos doentes em fim de vida e, esse apoio permanecer aquando da morte do doente.

No âmbito do ensino clínico do Projecto Pessoal em Enfermagem Clínica, salientamos que a realização do mesmo foi desenvolvida em dois campos de estágio diferentes: no serviço de Medicina no Hospital Doutor Baptista de Sousa em São Vicente e no Instituto Português de Oncologia de Lisboa, EPE (IPO). Dado este facto, pode-se assim dizer que as experiências vividas nos campos de estágio são também diferentes e logo a forma de explicar o processo da morte e o morrer na vertente prática sejam também diferentes.

Destacamos uma carência de experiências relacionadas com o tema da nossa monografia por nós, as estudantes que desenvolveram o ensino clínico no IPO, pois os locais onde decorreu esse ensino clínico, nomeadamente nas consultas externas do mesmo Instituto, predominavam na maioria dos casos acções de enfermagem de carácter curativo, não sendo portanto possível estabelecer uma aproximação mais prolongada com os doentes em fim de vida. Essa experiência só foi possível através de uma visita enquadrada no ensino clínico, ao Serviço de Atendimento no Domicílio, onde se prestam cuidados de enfermagem aos doentes que se encontram na fase avançada da doença, ou seja, na fase terminal, ao serviço da equipa intra-hospitalar, que realizam visitas de enfermagem nos

diversos serviços do Instituto, onde se encontram internados esses doentes e em alguns serviços de consultas externas.

Não obstante, ao longo do ensino clínico tivemos a oportunidade de falar um pouco sobre o nosso tema, de forma generalizada com os orientadores clínicos e com o orientador docente, o que, de alguma forma nos ajudou a entender certas questões e dúvidas surgidas em relação ao mesmo, bem como a reforçar as nossas ideias na elaboração da monografia.

Na nossa opinião e na observação feita durante o ensino clínico, embora na maioria dos casos de carácter curativo, constatamos que as alterações demográficas na sociedade actual, o aumento da esperança média de vida, o crescente aumento de doenças degenerativas crónicas, ou seja, em fases terminais, podem ser traduzidas hoje na existência de uma população cada vez mais doente, bem como a um acréscimo das situações patológicas derivadas desses problemas, aumentando a dependência das pessoas em fim de vida em relação aos cuidados de saúde prestados. Pudemos comprovar na prática que a maioria das pessoas atendidas nas consultas de enfermagem no IPO era dependente, estando ao cuidado de um familiar. Essas modificações colocam um conjunto de questões ao sistema de saúde e, especialmente à enfermagem, em que se torna indispensável identificar as repercussões desses fenómenos na pessoa e na família, com a possibilidade do final de vida decorrer de uma forma tranquila e com a melhor qualidade de vida possível. Na prática, também pudemos constatar a grande carga emocional por parte do cuidador informal, que acaba por relatar as imensas dificuldades tanto físicas como psicológicas no cuidado dispensado ao doente.

Quanto a mim, a estudante que desenvolveu o ensino clínico no serviço de Medicina do Hospital Baptista de Sousa, posso afirmar que aprendi muito com os doentes em fim de vida. Reparei que as acções de enfermagem são mais de carácter curativo, não existindo um serviço específico para o acolhimento destes doentes. Os enfermeiros não são especializados e os cuidados de enfermagem prestados a esses doentes não são individualizados, sendo estes de carácter geral. Não obstante, observei que mesmo com as dificuldades e a falta de formação por parte dos enfermeiros, há uma preocupação em garantir que estes doentes estejam sempre bem, maximizando assim a qualidade de vida até a hora da morte. Todavia, nota-se um défice no que concerne à comunicação terapêutica, sendo que a responsabilidade da vida e das decisões a serem tomadas em relação ao doente



ficam exclusivamente na mão do enfermeiro, não participando a família nos cuidados prestados ao mesmo.

O desenvolvimento do trabalho ajudou-me a compreender que é fundamental o total apoio por parte do enfermeiro ao doente, numa relação de empatia, ouvindo-o sempre com respeito e disponibilidade. É importante que a família conheça o estado de saúde do seu familiar, para que esta possa participar nos cuidados e saber como preparar-se para o processo de luto aquando da morte do doente. Tive a oportunidade de vivenciar de perto a morte de doentes em fim de vida e, estas experiências motivaram-me a continuar um trabalho baseado na solidariedade para com o doente e família, fazendo com que haja uma excelência na qualidade dos cuidados prestados por mim.

Todavia, embora exista a consciência colectiva de que cada vez mais existem pessoas em fim de vida, devido aos factores acima identificados, a morte ainda continua a ser um tema pouco abordado ou explorado na nossa óptica. Isso porque, com a revisão sistemática da literatura das diversas bibliografias, pudemos verificar que vários autores são da mesma opinião que o homem ao longo da sua vida, sempre se preocupou em criar meios e processos que de uma forma ou de outra aumentem cada vez mais a sua esperança média de vida, desenvolvendo-se com isso muitos preconceitos ou tabus em relação ao processo morrer. Este não identifica a morte como algo pertencente a ele e faz tudo para conseguir “vencer” a morte. Um facto explicativo é o de que a morte e o morrer, processos naturais do ciclo da vida, que durante séculos ocorreram no seio familiar, passaram a ser transferidos para o meio hospitalar, lugar onde cada vez mais o homem busca novas tecnologias como forma de controlar a degeneração das funções vitais do organismo. O processo de morte passa então a não ser controlado pela pessoa ou familiares, mas sim por pessoas estranhas, que a reduzem a um espaço e tempo diferentes do seio familiar, muitas vezes ocultando-a.

No decorrer do ensino clínico várias foram as pessoas que manifestaram o medo da morte, do desconhecido e das experiências com os doentes em fim de vida, vários também foram os que manifestaram o desejo de morrer em casa.

Com base nestes aspectos, achamos muito importante ao longo da nossa monografia desenvolver as concepções que o homem vem adquirindo em relação a morte e ao processo de morrer, as suas representações na sociedade moderna, o modo como a sociedade a descreve actualmente, como se vivencia o luto hoje em dia, muito diferente do

luto vivido na antiguidade, explicar resumidamente os estágios porque passam o doente em fim de vida, de modo a que o enfermeiro saiba direccionar melhor as suas acções e, debruçar sobre a ética que o enfermeiro deve apresentar como uma ferramenta de trabalho para a prestação de um melhor cuidado de enfermagem a um doente que tanto necessita do respeito.

Pode-se dizer que numa era de novas tecnologias e avanços científicos, a sociedade contemporânea atravessa uma fase de negação da morte e do processo de morrer, relegando os mesmos para o segundo plano, pois a prioridade nos dias actuais é promover a vida até ao máximo possível, mesmo que para isso implique o uso de técnicas e procedimentos invasivos para a sua conservação. Todos os dias assiste-se a notícias de avanços científicos na cura de doenças em fase terminal, o que de uma forma inconsciente acaba por alimentar a expectativa de saúde e de esperança na imortalidade que se estende ao doente, à sua família e mesmo aos profissionais de saúde.

No entanto há que realçar que mesmo que a morte seja um problema relegado para o segundo plano, ela estará sempre presente na vida das sociedades, e do homem, não podendo ser por isso algo que se ignora no quotidiano das pessoas, pois, fruto da leitura de livros e artigos conseguimos perceber, ao longo do desenrolar da monografia, que a morte tem diversas concepções em cada sociedade, de acordo com as experiências pessoais vividas, os valores e crenças de cada comunidade que podem influenciar o modo como cada pessoa vivencia e idealiza a sua própria morte ou a morte dos outros. Isso também foi algo constatado por nós na prática clínica. Por a morte ser algo pessoal e uma experiência única, os doentes acabam por passar por diversas fases, as chamadas fases do processo de morrer, embora estas não acontecem de forma linear e devido a objectividade da pessoa, serem vividas de formas diferentes de doente para doente.

O problema da não-aceitação da morte é algo que surge também nos profissionais de saúde, segundo a análise de várias bibliografias. Conseguimos perceber também, mesmo na nossa prática clínica, que os enfermeiros estão preparados cientificamente para lidar com pessoas vítimas de doenças em fase terminal ou com patologias crónicas, no entanto, existe uma certa dificuldade em lidar com questões que remetem para o desfecho inevitável de alguns doentes seguidos nas Instituições referidas, tanto em São Vicente como em Portugal, reforçando a ideia de que antes de ser profissional o enfermeiro é uma pessoa, com ideias, crenças e formas de lidar com a morte também diferentes e pessoais.

Mas, concordamos que estes têm que saber agir com ética nessas questões, não deixando os valores pessoais e crenças, afectarem a prestação dos cuidados ao doente em fim de vida. No domínio dos cuidados de saúde é fundamental o estabelecimento de uma efectiva relação terapêutica com o doente. Esta deve pautar-se por alguns princípios éticos como é o caso da dignidade e integridade da pessoa.

Com as experiências nos ensinamentos clínicos e na comunidade, conseguimos perceber que o tema é ainda pouco abordado e explorado no seio da população, pelo que, achamos ser necessário a realização de novos estudos, novas abordagens referentes ao tema. Estamos numa época de transição das doenças transmissíveis para as doenças crónicas, oncológicas e degenerativas, pelo que se torna importante educar e esclarecer a população acerca dos aspectos que estão relacionados com o processo de morrer, para que se consiga uma aceitação cada vez maior sobre este processo, o qual faz parte do ciclo vital.

Como sugestões, achamos que se deve iniciar uma abordagem mais intensificada durante a nossa formação académica, por forma a ajudar-nos na vida profissional futura a lidar melhor com os aspectos ligados a essa temática, uma vez que observamos ao longo do nosso percurso de formação, existirem profissionais de enfermagem que não possuem um suporte científico nem psicológico para lidar com a morte na vertente prática. Como exemplo, achamos que nas disciplinas de Psicologia e Sociologia seria importante aprofundar os conceitos relacionados com o tema abordado, preparando dessa forma os profissionais, desenvolvendo competências pessoais, psicossociais e afectivas, que os ajudem a lidar melhor com essas questões tanto nas instituições como na comunidade.

Achamos também que seria pertinente o desenvolvimento de uma disciplina própria para a explanação das experiências vividas ao longo dos ensinamentos clínicos, permitindo ao estudante de enfermagem expor as experiências que vivenciou, mas também como essas experiências afectaram o seu ensino clínico e quais as competências que desenvolveu para superar essas dificuldades. Uma vez que existem experiências relacionadas com a morte, que acabam por se tornarem traumáticas para o estudante, ao proporcionar-lhe a oportunidade de expor essas experiências, ajudar-lhe-á a que, com ajuda dos colegas e do professor, seja possível a aquisição de competências para lidar com experiências futuras semelhantes.

Concluindo, podemos afirmar que a elaboração da monografia referente ao tema em questão, embora seja um tema pouco explorado na actualidade, proporcionou-nos uma

aprendizagem significativa, na medida em que nos ajudou a entender melhor o tema. Embora em alguns contextos clínicos não tivéssemos a oportunidade de vivenciar experiências mais profundas relacionadas com os doentes em fim de vida, pudemos mesmo assim desenvolver as nossas competências pessoais, psicológicas e relacionais para lidarmos com estes doentes e suas famílias. Com o desenvolvimento dos ensinamentos clínicos no serviço de Medicina do Hospital Doutor Baptista de Sousa e nos serviços de Consultas Externas do IPO, pudemos vivenciar algumas experiências com doentes oncológicos, hematológicos, entre outros e, com isso pudemos concluir que o nosso problema maior em lidar com essa temática prendeu-se essencialmente com a dificuldade em desenvolver uma comunicação terapêutica com os doentes, o que de alguma forma nos trouxe alguns incómodos, pois, no início não sabíamos como lidar com esses respectivos doentes. Com o desenrolar dos ensinamentos clínicos, num determinado período pudemos verificar a nossa evolução no que respeita ao estabelecimento da comunicação terapêutica com esses doentes, o que, a partir daí possibilitou-nos compreender melhor o sofrimento por que passam e a melhor forma de comunicar com os mesmos.

Por último, o trabalho exigiu-nos muita persistência na procura dos artigos e livros que da melhor forma nos pudessem ajudar na compreensão do tema em questão, bem como, um sentido excelente de organização e clarificação de ideias, uma vez que os elementos constituintes do grupo realizaram os respectivos ensinamentos clínicos em locais e países diferentes, exigindo-nos uma maior capacidade de síntese e convergência de ideias.

Sendo que estamos quase no fim da nossa formação e, cada vez mais perto de ingressarmos na vida profissional, o tema em questão serviu-nos para aprofundar mais e melhor os nossos conhecimentos referentes ao tema morte e o cuidado de enfermagem a prestar ao doente em fim-de-vida, permitiu ainda desenvolver e consolidar as nossas competências relacionais, o que nos irá permitir prestar cuidados de excelência, contribuindo desse modo para a melhoria da qualidade de vida dos doentes alvo dos nossos cuidados, mas também para a dignificação da profissão de enfermagem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Marco António Bettine; GUTIERREZ, Gustavo Luís; MARQUES, Renato (2012). Qualidade de Vida: Definições, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades-EACH/USP. [on line] <[http://www.each.usp.br/edicoes-each/qualidade\\_vida.pdf](http://www.each.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf)>
- ARAÚJO, Mónica Martins Trovo; SILVA, Maria Júlia Paes (2007). A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. São Paulo: Rev Esc Enferm USP. [on line] [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext...62342007000400018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext...62342007000400018)
- BETTENCOURT, António; AGUIAR, Lúcio; SÉRGIO, Paulo; TOJAL, Maria Etelvina (2007). O cuidar da família que cuida in CAMARRO, Isidora et al (2007). Aprendendo o cuidado de enfermagem: entre a prática e a escrita a construção da competência clínica. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende.
- BRIGA, Sónia Cristina Pinto (2010). A comunicação terapêutica enfermeiro/doente: Perspectivas de doentes oncológicos entubados endotraquealmente. Porto: Universidade do Porto.
- CAMARRO, Isidora et al (2007). Aprendendo o cuidado de enfermagem: entre a prática e a escrita a construção da competência clínica. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende.
- CANASTRA, Cilena do Céu Castro (2007). A Morte: abordagem interdisciplinar. Porto: Faculdade de Teologia. [on line] <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/.../3/Tese%20final%20final.pdf>
- CAPUTO, Rodrigo Feliciano (2008). O Homem e suas Representações sobre a Morte e o Morrer: um Percurso Histórico. São Paulo: Revista Multidisciplinar da UNIESP. [on line] [www.uniesp.edu.br/revista/revista6/pdf/8.pdf](http://www.uniesp.edu.br/revista/revista6/pdf/8.pdf)
- CHAVES, Adriano Aparecido Bezerra; MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga (2009). Percepção de enfermeiros sobre dilemas éticos relacionados a pacientes terminais em Unidades de Terapia intensiva. São Paulo: Rev Esc Enferm USP. [on line] [www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/04.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/04.pdf)

- COLLIÈRE, Marie-Francoise (1989). Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- D'ASSUMPÇÃO, E.A, (1998). Comportar-se fazendo bioética: para quem se interessa pela ética. Rio de Janeiro: Editora Vozes.
- FIRMINO, Felipe (2006). Autonomia e Respeito. In NEVES, Maria Patrão do Céu;
- FREITAS, Genival Fernandes (2008). Bioética no cuidado e direitos dos pacientes e familiares. São Paulo: Universidade de São Paulo. [on line] [rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/9873/1/CC\\_24\\_12.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/9873/1/CC_24_12.pdf)
- FRIAS, Cidália de Fátima Cabral (2003). A Aprendizagem do Cuidar e a Morte: Um desígnio do enfermeiro em formação. Loures: Lusociência.
- FRIAS, Cidália de Fátima Cabral (2013). Encontro de Corpos: o processo de construção de cuidados enfermeiro/pessoa em fim de vida. Loures: Lusociência.
- GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello; CIAMPONE, Maria Helena Trench (2007). O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTIs. São Paulo: Rev Esc Enferm USP. [on line] [www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342007000400017&script...](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342007000400017&script...)
- HOTTOIS, Gilbert; MISSA, Jean-Noël (2003). Nova enciclopedia da bioética. Lisboa: Instituto Piaget. [on line] [aleph20.letras.up.pt/google\\_publish/FLP01/04/.../FLP01.000160479.html](http://aleph20.letras.up.pt/google_publish/FLP01/04/.../FLP01.000160479.html)
- MAGALHÃES, José Carlos (2009). Cuidar em Fim de Vida: experiência durante a formação de enfermeiros. Lisboa: Coisas de Ler.
- MACHADO, Carlos Alberto (1999). Cuidar dos Mortos. Sintra: Instituto de Sintra. [on line] [br.monografias.com/trabalhos.../cuidar-dos-mortos/cuidar-dos-mortos.pd...](http://br.monografias.com/trabalhos.../cuidar-dos-mortos/cuidar-dos-mortos.pd...)
- MARTINS, Maria Clara Sales Fernandes Correia (2010). Aliviando o Sofrimento: O processo de acompanhamento de enfermagem ao doente em final de vida. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- MELO, Rita (2004). Processo de Luto: o inevitável percurso face a inevitabilidade da morte. [on line] [groups.ist.utl.pt/unidades/tutorado/files/Luto.pdf](http://groups.ist.utl.pt/unidades/tutorado/files/Luto.pdf)
- MOREIRA, Isabel Maria Pinheiro Borges (2001). O doente terminal em contexto familiar: Uma análise da experiência vivenciada pela família. Coimbra: Formasau.

- NEVES, Chantal et al (2000). Cuidados Paliativos. 1ª Edição; Coimbra: Formasau.
- OGUISSO, Taka e ZABOLI, Elma (orgs.) (2006). Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde. São Paulo: Manole (série enfermagem).
- OLIVEIRA, José Rodrigo; BRÊTAS, José Roberto; YAMAGUTTI, Lie (2007). A morte e o morrer segundo representações de estudantes de enfermagem. São Paulo: Rev Esc Enferm USP. [on line] [www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/07.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/07.pdf)
- PACHECO, Susana (2002). Cuidar a Pessoa em Fase Terminal: Perspectiva Ética. 1ª Edição; Loures: Lusociência.
- PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (2005). Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. Vol. 29; São Paulo: O Mundo da Saúde. [on line] [www.scamilo.edu.br/.../mundo\\_saude/.../03\\_Novas%20pers.ectivas%20c...](http://www.scamilo.edu.br/.../mundo_saude/.../03_Novas%20pers.ectivas%20c...)
- PIMENTA, Sérgio Miguel Magalhães (2010). A Enfermagem e o sofrimento espiritual do doente em fase final de vida. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. [on line] [repositorio-aberto.up.pt/.../Trabalho%20de%20Projecto%20de%20Srgio%2...](http://repositorio-aberto.up.pt/.../Trabalho%20de%20Projecto%20de%20Srgio%2...)
- PINTO, Adriana Colombani el al (2009). Manual de Cuidados Paliativos. 1ª Edição; Rio de Janeiro: Academia Nacional de Cuidados Paliativos.
- ROSSA, Maria José Nobre Martins (2007). A pessoa em fim de vida: Vivências dos Enfermeiros. Lisboa: Universidade de Lisboa. [on line] [repositorio.ul.pt](http://repositorio.ul.pt) > .. [FM - Dissertações de Mestrado](#)
- SANTANA, Júlio César Batista et al (2009). Cuidados Paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de Enfermagem. Centro Universitário São Camilo: Bioethikos. [on line] [www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/68/77a86.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/68/77a86.pdf)
- SAPETA, Paula; LOPES, Manuel (2006). Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro-doente. II Série-nº4; Lisboa: revista Referência. [on line] [www.ul.pt/pls/portal/docs/1/174420.PDF](http://www.ul.pt/pls/portal/docs/1/174420.PDF)
- SILVA, Maria das Dores Ferreira (2004). Processos de Luto e Educação. Braga: Universidade do Minho- Instituto de Educação e Psicologia. [on line] [repositorium.sdum.uminho.pt/.../Processos%20de%20Luto%20e%20Edu](http://repositorium.sdum.uminho.pt/.../Processos%20de%20Luto%20e%20Edu)
- TWYLCROSS, Robert (2003). Cuidados Paliativos. 2ª Edição; Lisboa: Climepsi.

- WALDOW, Vera Regina; BORGES, Rosália Figueiró (2008). O processo de Cuidar sob a perspectiva da Vulnerabilidade. Rio Grande do Sul: Ver. Latino-am Enfermagem. [on line] [www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt\\_18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt_18.pdf)