



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA**

IRISLEIDE PEREIRA DOS SANTOS

**MORTE DIGNA, HUMANIZAÇÃO DAS ASSISTÊNCIAS EM SAÚDE E CUIDADOS
PALIATIVOS: UMA INTERAÇÃO NECESSÁRIA**

**CAMPINA GRANDE
2017**

IRISLEIDE PEREIRA DOS SANTOS

**MORTE DIGNA, HUMANIZAÇÃO DAS ASSISTÊNCIAS EM SAÚDE E CUIDADOS
PALIATIVOS: UMA INTERAÇÃO NECESSÁRIA**

Trabalho apresentado ao curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento as exigências para obtenção do grau de Formação em Psicologia Clínica.

Orientadora: Professora Dr^a Railda Sabino Fernandes Alves

**CAMPINA GRANDE
2017**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

S237m Santos, Irisleide Pereira dos.

Morte digna, humanização das assistências em saúde e cuidados paliativos [manuscrito] : uma interação necessária / Irisleide Pereira dos Santos. - 2017.
22 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2017.

"Orientação: Profa. Dra. Railda Sabino Fernandes Alves, Departamento de Psicologia".

1. Humanização. 2. Cuidados paliativos. 3. Morte digna. I.
Título.

21. ed. CDD 155.937

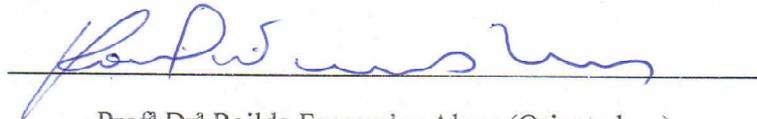
IRISLEIDE PEREIRA DOS SANTOS

**MORTE DIGNA, HUMANIZAÇÃO DAS ASSISTÊNCIAS EM SAÚDE E CUIDADOS
PALIATIVOS: UMA INTERAÇÃO NECESSÁRIA**

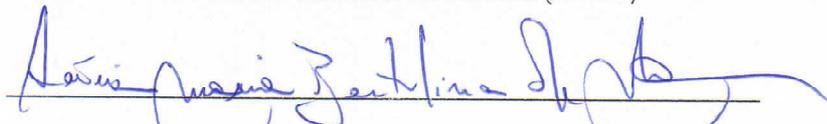
APROVADO EM: 04 / 08 / 2017

NOTA: _____

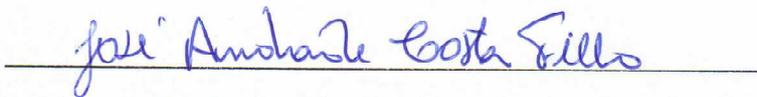
BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Dr.ª Rilda Fernandes Alves (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof.ª Dr.ª Laércia Maria Bertulina de Medeiros
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Ms. José Andrade Costa Filho
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

*À minha mãe, Erinete Pereira dos Santos,
que com o seu amor, paciência e incentivo, me
ensinou a não desistir dos sonhos. Pela dedicação,
companheirismo, cuidado e amizade, DEDICO.*

*“Esta vida é uma estranha hospedaria,
De onde se parte quase sempre às tontas,
Pois nunca as nossas malas estão prontas,
E a nossa conta nunca está em dia”*

Mário Quintana

MORTE DIGNA, HUMANIZAÇÃO DAS ASSISTÊNCIAS EM SAÚDE E CUIDADOS PALIATIVOS: UMA INTERAÇÃO NECESSÁRIA

Irisleide Pereira dos Santos*

RESUMO

A morte, enquanto acontecimento natural ao qual todo ser vivo está submetido, tem um tratamento diversificado, sobretudo pelo ser humano, que tende a tratá-la em consonância com a cultura na qual está submetido. Partindo deste princípio, este trabalho faz uma breve incursão aos modos como as culturas ocidentais tratam a morte, as representações e as atitudes do homem em relação ao ato de morrer ao longo do tempo. Amparados em alguns conceitos antropológicos sobre a morte e do processo de morrer, bem como utilizando elementos da filosofia dos cuidados paliativos, objetivamos apresentar neste estudo exploratório e teórico, elementos para uma reflexão sobre a morte e o processo de morrer; e os cuidados paliativos, dentro da lógica das políticas de humanização existentes no país. Tentamos explicar como se dá esse tipo de cuidado, bem como o papel da equipe multidisciplinar para a evolução desse processo, enfatizando a qualidade de vida para os pacientes portadores de doenças crônicas terminais e para os seus familiares, visando um fim de vida com dignidade e autonomia. Esta autonomia está evidente quando falamos do testamento vital que se resume em um documento escrito pelo doente enquanto consciente ou pessoas saudáveis, onde é registrada sua vontade, que se por ventura vier a ficar inabilitado, possa expor o modo de tratamentos ao qual queira ou não ser submetido.

Palavras chave: Humanização 1, Cuidados Paliativos 2, Morte Digna 3.

*Aluna de Graduação em Psicologia Clínica na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.
E-mail: Iris.ps@hotmail.com

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
1.0 – A MORTE: UMA BREVE VISÃO ANTROPOLÓGICA	8
2.0 – POLÍTICAS PÚBLICAS, HUMANIZAÇÃO E CUIDADOS PALIATIVOS	10
3.0 - MORRER COM DIGNIDADE, CUIDADOS PALIATIVOS E O PENSAMENTO DE ROGERS	12
4.0 – O TESTAMENTO VITAL: UMA FORMALIZAÇÃO PARA MORRER COM DIGNIDADE.....	15
CONSIDERAÇÕES FINAIS	18
REFERÊNCIAS	<u>21</u>

INTRODUÇÃO

A morte, algo inevitável a que todos estão predestinados a passar, é um evento natural e concreto. Faz parte da vida e representa o fechamento de ciclo que caracteriza a maior certeza que todo ser vivo, capaz de raciocínio, tem. Contudo, a sociedade faz inúmeras tentativas de esquecimento deste fato inevitável, e tem, no avanço da medicina e das modernas tecnologias medicamentosas, tentado prolongar a vida a todo custo. É partindo da premissa da morte como algo certo, embora rejeitada culturalmente, que elaboramos este estudo sobre o processo de morrer. Estudar a morte exige grande investimento científico e de tempo, razão pela qual fizemos um recorte do tema cujo foco para este trabalho é estabelecer um diálogo entre o morrer com dignidade e os cuidados paliativos dentro de uma perspectiva da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP).

Para que possamos compreender a tentativa de apagamento da morte, traçamos, neste trabalho, um estudo não exaustivo, que parte de sua caracterização a partir de uma visão antropológica. Assim, buscamos compreender, neste primeiro momento, como as diversas culturas tratam o fato da existência da morte e quais tratamentos são direcionados para os mortos, numa tentativa de decifrar o mistério que envolve o apagamento da vida.

Em seguida, ao enxergarmos a morte enquanto realização de culturas, tentamos compreender em que a contemporaneidade contribui para o fato de morrer com dignidade, considerando-se este acontecimento a partir da filosofia dos cuidados paliativos, como uma amenização da dor e do sofrimento do moribundo, como a criação de um ambiente favorável para que o doente possa falar sobre suas dores, angústias e desejos, bem como passar os seus últimos momentos ao lado de pessoas próximas.

Assim, para fazermos essa breve incursão sobre a morte digna enquanto um evento cultural na perspectiva dos cuidados paliativos, lançaremos mão de alguns conceitos clínicos da Abordagem Centrada na Pessoa. Para compreendermos a morte enquanto evento cultural, e dentro dos cuidados paliativos, utilizamos a busca de conhecimento do tema morte digna e cuidados paliativos, partindo do princípio de que morrer com dignidade implica morrer numa atmosfera favorável para comunicação entre o doente, a equipe multidisciplinar e seus cuidadores, visando a prática da dignidade humana em seus últimos momentos.

1.0 – A MORTE: UMA BREVE VISÃO ANTROPOLÓGICA

Abordar o tema da morte nos traz, imediatamente, a ideia de um assunto extenso e antigo, e de fato o é, pois nós, seres humanos, somos os únicos vivos que têm a consciência do fim da vida. Realizar um estudo sobre a Antropologia da Morte tomaria um tempo bastante extensivo, por isso, fazemos aqui um breve comentário, para que possamos refletir a respeito da morte dentro de algumas culturas.

A morte é caracterizada pelo mistério, pela incerteza e pelo medo daquilo que não se conhece. Esses atributos da morte desafiam e desafiam as mais distintas culturas. Segundo Rodrigues (2006), os homens nascem e morrem, esta é uma questão de discussão minuciosa para as filosofias, as mitologias, as práticas, os rituais, visto que pode ocorrer a morte antes mesmo do nascimento, esta é a única certeza que o homem tem na vida, por ser o homem o único consciente de sua finitude. Assim, conforme Kovács (1992), reiteramos essa característica do homem enquanto um ser finito e consciente de tal fato, pois “[...] o homem é um ser mortal, cuja principal característica é a consciência de sua finitude – isso o diferencia dos animais, que não tem essa consciência” (KOVÁCS 1992, p. 2).

Levando em consideração a morte enquanto uma construção social, Ariès (1990) afirma que ela é contraditória, porque embora faça parte da própria existência, o ser humano não é habituado à existência dela e, assim, ela não é apenas o ato de transcender do mundo dos vivos para o mundo dos mortos. Desse modo, consideramos que a morte faz parte da cultura de cada sociedade.

Sendo assim, seria necessário pensar a morte enquanto parte dessa formação social, uma vez que essa reflexão seria necessária para o bem viver. Do mesmo modo, a análise dos símbolos de cada sociedade revela a compreensão sobre o momento fúnebre de cada cultura, a exemplo dos ritos fúnebres.

Segundo afirmações de Rodrigues (2006), em seu livro *Tabu da morte*, há milhões de anos, nas culturas mais antigas, havia inúmeros modos de entender a morte: “inferno ou céu” para os cristãos e os muçulmanos, “Campos Elísios” para os gregos antigos, “reencarnação e metempsicose” na filosofia oriental, “passagem para o reino dos ancestrais” na África. Em todas as culturas a morte é entendida como um deslocamento da vida” (RODRIGUES, 2006, p. 39). Segundo o mesmo autor, e na cultura brasileira há vários tipos de morte, quais sejam: “morte morrida”, “morrer de velhice”, “morte matada”, ou seja, é a causa da morte que define o seu tipo, cada uma em particular provocando, nos sobreviventes, reações diversas, assim

como diversas são as perguntas em relação ao tipo de morte. Sendo assim, se a causa da morte foi doença, costuma-se apontar o seu motivo, se morreu de velhice se diz apenas que é confirmado que toda existência humana é finita. Quando se fala em morte matada, é morte por assassinato, por acidente ou suicídio.

Diferentemente do que se pensa acerca do tipo de morte, para uma parte das culturas africanas toda ela é assassinato. Assim, Rodrigues (2006) especifica, com base nos estudos de Ziegler, os seus tipos, de modo que os bambaras, na África Ocidental, não considera existir uma explicação para a morte dos velhos, pois para eles, os velhos “possuem a consciência mais rica e penetrante” (ZIEGLER *apud* RODRIGUES, 2006, p. 26). Essa consciência cresce com a idade, por isso não há razão para essa morte.

Ainda segundo Rodrigues (2006), no Paleolítico, os mortos também têm necessidades em sua outra vida, logo o esqueleto é recoberto de ocre e acorocado em posição fetal, acompanhado de seus pertences. No Estado da Chiuaua, no norte do México, as pessoas acreditam que seus mortos devem ser enterrados com seus arcos, suas flechas e uma espécie de cerveja de milho, para não lhes darem a chance de voltar para atender suas necessidades.

Podemos perceber que os modos de cada cultura tratar seus mortos são diferenciados de acordo com o pensamento desenvolvido por cada sociedade. Uns tratam a morte como se o morto pudesse voltar para suprir suas necessidades, outros tratam o morto como se estivesse ouvindo, outros o culpam por ter morrido e não quer mais presença dele. Isso implica que a negação da morte sempre esteve presente em todas as culturas e que todos sempre procuraram alternativas para lidar com o fato inevitável da certeza de um dia morrer. Sendo assim, como afirma Kubler-Ross (2002), em seu livro *Sobre a Morte e o Morrer*, “Quando retrocedemos no tempo e estudamos culturas e povos antigos, temos a impressão de que o homem sempre abominou a morte e, provavelmente, sempre a repelirá” (KUBLER-ROSS, 2002, p. 6).

De acordo com Ariès (1990), o interdito da morte no século XX solidariza-se com a modernidade, seguida pela industrialização e urbanização. Entretanto, podemos perceber, nesse contexto, a ocultação da morte e a extinção do luto. Dessa forma, o moribundo é privado de sua vontade, de seus desejos, ficando nas mãos das equipes hospitalares. Quanto ao luto, deve ser vivido individualmente em sua intimidade. Já Norbert Elias (2001), em sua obra *A Solidão dos Moribundos*, trata do isolamento e da exclusão dos velhos e dos doentes a partir da experiência da morte. O mesmo autor assegura que os avanços científicos e tecnológicos que tem permitido o prolongamento da vida é uma forma de terceirizar os cuidados com os moribundos.

Esse distanciamento da sociedade atual com a morte faz com que ela seja vista como um tabu, como algo desumano. A morte deixa de ser um processo social, e passa a ser algo vergonhoso e vinculado com a incompetência.

[...] Já vão longe os dias em que era permitido a um homem morrer em paz e dignamente em seu próprio lar. Quanto mais avançamos na ciência, mais parece que tememos e negamos a realidade da morte. Como é possível? Recorremos aos eufemismos; fazemos com que o morto pareça adormecido, mandamos que as crianças saiam, para protegê-las da ansiedade e do tumulto reinantes na casa, isto quando o paciente tem a felicidade de morrer em seu lar; impedimos que as crianças visitem seus pais que se encontram à beira da morte nos hospitais; sustentamos discussões longas e controvertidas sobre dizer ou não a verdade ao paciente (KUBLER-ROSS, 2002, p.11).

Logo podemos perceber que as representações da morte ao longo do tempo, têm sofrido várias alterações, então a morte no ocidente deixa de ser familiar e passa a ser um tabu, o homem passa a não querer lidar com ela, embora a condição de ser mortal não permita que esse modo de pensar evolua, já que a morte é parte do ciclo normal da vida.

2.0 – POLÍTICAS PÚBLICAS, HUMANIZAÇÃO E CUIDADOS PALIATIVOS

Na tentativa de resgatar para sociedade atual um atendimento acolhedor, principalmente a pacientes moribundos, o Ministério da Saúde, no Brasil, desenvolveu um programa de humanização no atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS). O atendimento humanizado é de suma importância para que sejam oferecidos a pacientes, principalmente em final de vida, a atenção e a qualidade de vida necessárias para que seja prestado o Cuidado Paliativo, resgatando, dessa forma, a dignidade humana no processo de morrer.

Humanizar a prestação de serviço do SUS é humanizar a relação entre o médico, o paciente, o enfermeiro, os técnicos, enfim, toda a equipe de saúde, de modo a acolher o outro de forma humana viabilizando atender da melhor forma possível a necessidade do paciente. Segundo Conceição (2009), essa forma de humanizar está em evidência na saúde pública desde o final da década de 1990. No entanto já haviam indícios, na década de 1950, de movimentos nesse sentido, tendo as contribuições e influências da Declaração Universal dos Direitos Humanos, bem como outras influências da época que concerne ao modelo de assistência à saúde existente.

Para que a prática da humanização na assistência hospitalar tivesse força, foi criado no ano 2000 o Programa Nacional de Humanização na Assistência Hospitalar (PNHAH), cujo objetivo fundamental é aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos

profissionais entre si e do hospital com a comunidade (MS, 2001), tendo como eixo primordial as práticas de humanização que começaram a ganhar visibilidade e que foram ampliadas para mudar o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil.

De acordo com o Caderno Humaniza SUS (2011), em 2003 foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH), que intensificou a humanização das práticas de gestão e de atenção já previstas pela PNHAH, inaugurada no ano 2000. A PNH emerge, então, no cenário da reforma sanitária brasileira, que se constitui à construção do campo da saúde coletiva e das experiências em seu sentido e forma de organização. Sendo assim, a Humanização vem se expandindo nos serviços de saúde e os cuidados paliativos entram nas práticas de saúde do SUS, através da PNH.

Os Cuidados Paliativos se apresentam como uma temática inovadora na área da saúde e vêm ganhando espaço no Brasil na última década. Diferencia-se fundamentalmente da medicina curativa por focar no cuidado integral, através da prevenção e do controle de sintomas, para todos os pacientes que enfrentem doenças graves, ameaçadoras da vida, surge oficialmente como prática distinta na área da atenção em saúde na década de 1960, no Reino Unido, tendo como pioneira a médica Cicely Saunders. O trabalho dessa médica (que também era assistente social e enfermeira) inicia o movimento dos cuidados paliativos, que inclui a assistência, o ensino e a pesquisa. A criação do St. Christophers Hospice, em Londres, em 1967, é um marco nesta trajetória (Matsumoto, 2012)

. Na década de 1970, esse movimento foi trazido para a América através de Elisabeth Kübler-Ross, psiquiatra suíça radicada nos Estados Unidos, que teve contato com os trabalhos de Cicely Saunders. Entre 1974 e 1975, foi fundado um hospice na cidade de Connecticut (Estados Unidos) e, a partir daí, o movimento dissemina-se, passando a integrar os cuidados a pacientes fora de possibilidade de cura, em diversos países. (Matsumoto, 2012).

Ainda segundo a mesma autora, essa prática teve início em 1980 com uma evolução significativa a partir do ano 2000, em virtude da consolidação de serviços pioneiros e outros já existentes. Portanto, é uma atividade recente que necessita de conhecimento por parte da equipe envolvida. Tendo em vista esta necessidade, é a partir de 2002, com a portaria 19, de 03 de janeiro de 2002, que diz em seu Artigo 1º, c – “ articular/promover iniciativas destinadas a incrementar a cultura assistencial da dor, a educação continuada de profissionais de saúde e de educação comunitária para a assistência à dor e cuidados paliativos”, que houve a ampliação nos investimentos em formação dos profissionais da área de saúde em um engajamento que visa a educação continuada dos profissionais do SUS através do Programa Nacional de Assistência à dor e aos Cuidados Paliativos (ALVES *et al.*, 2015). Não só no

Brasil, mas em outros países, a prática de cuidados paliativos busca também se adequar a recursos preexistentes. Segundo Maciel (2012), a recomendação para os Cuidados Paliativos da Organização Mundial de Saúde é que ela seja uma assistência pautada em conceitos e princípios e adaptada à realidade de cada país ou região.

Esses conceitos e princípios devem partir da premissa do ser humano como agente de sua história de vida e determinante do seu próprio curso do adoecer e morrer.

3.0 - MORRER COM DIGNIDADE, CUIDADOS PALIATIVOS E O PENSAMENTO DE ROGERS

Caracterizada pela incerteza e mistério, a morte se torna uma temática difícil de ser discutida. Diante desta dificuldade, o próprio fundador da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), Carl R. Rogers, em seu livro *Um Jeito de Ser* (1983), discorre a respeito da morte, inicialmente de um modo natural e sem maiores temores. Ele diz que pensa muito pouco sobre a morte e que a encara como o fim de tudo, “não me parece trágica ou terrível” (ROGERS, 2003, p. 28). Em seguida Rogers fala que esta crença mudou após ouvir relatos de Raymond Moody sobre experiências de pessoas que estiveram próximas da morte e que voltaram à vida, além de relatos sobre reencarnação (MOODY, 1975 apud ROGERS, 1983). Contudo, Rogers considera a reencarnação uma benção muito duvidosa, e continua sua investigação partindo do interesse pelos trabalhos de outros autores a respeito da vida após a morte.

Esta relação entre Rogers e a morte ainda é retomada quando ele diz que ninguém pode saber se teme a morte antes que ela chegue, e que a apreensão que sente quando vai ser anestesiado será duas vezes maior quando estiver diante da morte. No entanto, seu maior medo é com as circunstâncias em que poderá morrer, como uma doença longa que acarrete em sua morte ou um distúrbio cerebral parcial devido a um derrame. Consequentemente, ele prefere morrer rapidamente antes que seja tarde para morrer com dignidade. De tal modo, podemos observar que para Rogers o morrer com dignidade implica em ter uma morte súbita e não passar pelo sofrimento de uma doença degenerativa, que possa resultar com o fim da vida ou deixá-lo impossibilitado.

Kovács escreve em seu artigo *Autonomia e o Direito de Morrer com Dignidade* (2009), sobre a morte mais desejada e a morte temida de nosso tempo, e as define como sendo a morte desejada aquela morte rápida em que o indivíduo esteja dormindo, sem consciência, a

morte que nem se percebe. Já a morte temida é a morte demorada, com intensa dor e sofrimento. Essa caracterização da morte corrobora o pensamento de Rogers (1983) que já havia falado sobre esses tipos de morte e exposto seu pensamento, chegando a essas conclusões.

Rogers (1983) fala também que passou por experiências em março de 1979, 18 meses antes da morte de sua esposa Helen, experiências tais que mudaram suas concepções e seus sentimentos sobre a morte e a continuação do espírito. Fala de experiências espíritas incríveis que certamente não eram fraudulentas. (ROGERS, 1983, p. 30).

Quando sua esposa já estava bem perto de morrer, Rogers afirmou sentir uma agitação interna, o que acarretou em sua ida ao hospital para dar seu jantar, quando de repente se viu dizendo a ela que a havia amado muito, que ela significara muito para ele e que o motivo da longa união teria sido pela contribuição dela. Ele falou pra Helen que não se sentisse obrigada a viver, que tudo estava bem com a sua família e que ela devia se sentir livre para viver ou morrer. Ele ainda afirmou que estava libertando-a da ideia de que ela devia viver. Naquela mesma noite, Helen chamou as enfermeiras e agradeceu-lhes por tudo o que haviam feito por ela e lhes disse que ia morrer. Pela manhã ela estava em coma e na manhã seguinte morreu em paz, enquanto sua filha segurava-lhe a mão, diante de Rogers e de alguns amigos.

Podemos perceber que a morte da esposa de Rogers foi em paz e rodeada de pessoas queridas, tendo, portanto, uma morte digna. Assim, morrer com dignidade está relacionado à morte humanizada, sem o prolongamento da vida nem do sofrimento por meio de tratamento inútil que possa agredir a dignidade humana, como está previsto no artigo 1º - parágrafo III da *Constituição Brasileira* de 1988, intitulado “a dignidade da pessoa humana”. Portanto, esta morte poderá ocorrer em ambiente residencial, sendo esse o ideário dos Cuidados Paliativos, ou hospitalar na companhia de familiares e pessoas queridas, mas sempre amparado pela equipe multidisciplinar dos cuidados paliativos.

Desse modo, a Morte com Dignidade remete aos Cuidados Paliativos, o que segundo Matsumoto (2012) se configura numa:

(...) abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual. (MATSUMOTO, 2012, p. 26).

Assim, para que profissionais médicos possam ter conhecimento acerca dessa temática, o Código de ética médica, 2009, em seu capítulo I, item XXII, elenca o seguinte termo: “Nas situações irreversíveis, o médico evitará a realização de procedimentos

diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados”.

Comparada com outras abordagens, Cuidados Paliativos é a única que inclui a espiritualidade dentre as dimensões do ser humano, mas, em contrapartida, considera: “É possível morrer sem estar vinculado a uma tradição religiosa, apenas na companhia e com o suporte de outros... É verdade, cada um de nós morre só. Mas também morremos como vivemos, como seres sociais” (WALTER 1996 *apud* MENEZES, 2004, p. 204). Dessa forma morrer com dignidade segundo Kubler-Ross (1979) é morrer com seus valores e cercado das pessoas que amamos.

Quando Menezes (2004) cita Walter, afirmando que morremos como seres sociais, isto já implica nos cuidados paliativos, pois os que estão inseridos nesse processo demonstram respeito pelo doente e trabalham para que a dignidade do moribundo seja mantida. Dessa forma, busca-se proporcionar qualidade de vida até o último momento, respeitando também seus valores culturais, espirituais e o envolvimento familiar e social. Um dos princípios dos cuidados paliativos é a abertura à comunicação, seguida de escuta e do cumprimento dos desejos, criando também um ambiente favorável e humanizado.

Para que tais práticas possam ser firmadas, o Manual de Cuidados Paliativos cita os nove princípios que regem a atuação da equipe multiprofissional, publicada pela OMS em 1986 e reafirmada em 2002:

1. Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis;
2. Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida;
3. Não acelerar nem adiar a morte;
4. Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente;
5. Oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte;
6. Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto;
7. Fazer uma abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto;
8. Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença;
9. Deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes (MATSUMOTO, 2012, p. 26 - 29).

A partir desses princípios, podemos perceber que os Cuidados Paliativos estão intrínsecos ao processo de cuidar, dando ênfase ao bem estar do doente e das pessoas próximas, sendo assim, uma relação de ajuda, um modo de acompanhar o paciente recorrendo a um caminho de crescimento pessoal através da comunicação, que segundo Carl Rogers (1983) é o ponto sobre o qual se aborda, fala sobre sua preocupação com a comunicação em

compreender o mais profundamente possível o que o outro comunica independente da cultura e das camadas sociais.

O médico paliativista, segundo Menezes (2004), deve conhecer detalhadamente o quadro do doente em todos os aspectos, quais sejam: clínico, psicológico, social e espiritual, para que haja uma franca e verdadeira comunicação.

Todos os profissionais que atuam nos Cuidados Paliativos devem ter uma identidade comum e preservar o juramento médico, que diz:

Juro por todos os meus ancestrais, pelas forças vivas da natureza e por todos os dons e riquezas desta vida, que em todos os meus atos preservarei e respeitarei a vida do meu paciente. Sentarei ao seu lado e escutarei suas queixas, suas histórias e seus anseios. Cuidarei, reunindo todos os recursos de uma equipe multiprofissional, para que ele se sinta da melhor forma possível, importando-me sempre de tratar o que o incomoda, usando apenas os recursos necessários e imprescindíveis para isto. Estarei ao seu lado e não o abandonarei até o seu último instante. Farei, silenciosamente, a nossa despedida, desejando-lhe amor e sorte no seu novo local. Zelarei pelo seu corpo e consolarei sua família e pessoas queridas logo após sua partida, permitindo-lhe que vá com segurança e tranquilidade. Por fim, falarei de meu amor e com amor. E aprenderei, com cada um deles, a amar cada vez mais, incondicionalmente (MENEZES, 2004, p. 114).

A medicina paliativa conclama à vida, tem a filosofia de assistir, de forma global, os indivíduos com doenças em fase terminal por reconhecer que o morrer é um processo natural do viver. Sua prática proporciona a dignidade do enfermo, possibilitando que ele não seja privado de viver sua própria morte.

4.0 – O TESTAMENTO VITAL: UMA FORMALIZAÇÃO PARA MORRER COM DIGNIDADE

A realidade mais fundamental é que houve uma revolução biotecnológica que possibilita o prolongamento interminável do ato de morrer.

Bernard Lown

Bernard Lown (1997), ao refletir sobre a revolução biotecnológica que possibilita o prolongamento da vida, nos remete ao princípio de que o ato de morrer está, cada vez mais, fincado na evolução da tecnologia médica, deixando a terminalidade da vida, seu curso normal, e passando a depender de longos tratamentos, tubos, implante de órgãos e outros meios evolutivos da medicina que possam prolongar a vida a todo custo, mesmo causando grande sofrimento ao paciente e à família. Em contrapartida, observamos com o avanço dos

estudos sobre dignidade humana, que o paciente ganha espaço para sua autonomia. Autonomia que significa “Faculdade de se governar por si mesmo. (Ferreira, 2001, p. 77).

De acordo com Dadalto (2009), essa evolução e o avanço da ciência médica têm provocado mudanças no âmbito jurídico, compreendendo o prolongamento da vida por meios artificiais e de medicamentos inibidores da dor, como incentivo à defesa do testamento vital, por este ser um documento que assegura o exercício de um direito como também é um instrumento de apoio à tomada de decisões em caso de pacientes incapazes.

Esse incentivo se dá visando banir o tratamento desnecessário que não tem resultado de melhoras para o paciente e criando meios para que ele tenha um fim de vida com dignidade fazendo, dessa forma, com que o sofrimento do moribundo e de seus familiares seja amenizado, assegurando satisfazer o desejo, enquanto consciente, do paciente.

Dessa forma, foram criados documentos como possibilidade de resgate dessa autonomia, bem como instrumentos que facilitam a decisão de familiares sobre tratamentos, no caso de incapacidade do paciente, o qual chamamos de Testamento vital ou diretivas antecipadas de vontade. Segundo Furtado (2013), a definição de testamento vital está evidente como um documento elaborado por uma pessoa enquanto capaz, determinando quais tratamentos deseja receber ou não, caso vier a se tornar incapaz de declarar sua vontade.

O testamento vital, segundo Lippmann (2013), “é uma declaração escrita da vontade de um paciente quanto aos tratamentos aos quais ele não deseja ser submetido caso esteja impossibilitado de se manifestar” (LIPPMANN, 2013, p. 17). No entanto, quando o indivíduo se encontra em situação de não mais poder opinar sobre tratamentos aos quais gostaria ou não de ser submetidos, é importante que se tenha um documento escrito esclarecendo qual seria seu desejo para que sua dignidade seja mantida.

A Constituição Federal Brasileira está fundamentada na dignidade da pessoa humana, princípio norteador do Estado Democrático de Direito, garantidor da capacidade de autodeterminação do indivíduo, mas não aborda, especificamente, a questão do testamento vital, existindo apenas na resolução do Conselho Federal de Medicina (1995/2012), onde assegura a autonomia da vontade dos pacientes com doença em estado terminal.

Esta Resolução está apoiada sobre os conceitos de autonomia e liberdade individuais e dignidade da pessoa humana. O médico deve respeitar a decisão do paciente como uma pessoa autônoma e agir ao seu favor cedendo aos seus desejos.

A Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1995/2012, publicada no Diário Oficial da União (D.O.U) de 31 de agosto de 2012, seção I, p. 269, dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Gerada a partir de leis que tiveram como base a

necessidade e a inexistência de regulamentação do testamento vital no contexto da ética médica brasileira. Portanto, apesar de inexistir na Constituição Brasileira normas que amparem o Testamento Vital, ele está amparado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

Podemos averiguar que em outros países, como Estados Unidos e alguns da Europa, o testamento vital é reconhecido legalmente. Segundo Dadalto (2009), nos Estados Unidos da América, o testamento vital é chamado de Living Will, termo que foi proposto no final da década de 1960 e regulamentado em âmbito federal, denominado Patient Self Determination Act (PSDA) em 1991, sendo a primeira lei federal a reconhecer o direito de autodeterminação do paciente terminal. Apesar de ser uma lei federal, Dadalto (2009) ressalta que cerca de 35 estados norte americanos possuem legislação própria sobre o Living Will.

Na Espanha, nomeado como Vontade Vital Antecipada, está regulamentada pela Lei nº 41/2002, de 14 de novembro, sendo reconhecida como um grande avanço nas relações médico-paciente. Especificamente em Andaluzia-Espanha pela Lei 5/2003, de 9 de outubro, a Declaração de Vontade Vital Antecipada.

Podemos perceber neste Guia de Andaluzia, em sua redação a preocupação com a dignidade da pessoa humana e com a autonomia da vontade do paciente, esclarecendo que o paciente é livre para decidir qual tratamento médico deseja seguir, bem como a vinculação dos profissionais de saúde à vontade do paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A morte é um processo natural da vida que gera o medo, e a sua negação é a consciência da finitude humana diante do desconhecido. O presente estudo analisou algumas representações da morte através do tempo nas sociedades, podendo a morte ser entendida como parte integrante da vida de todo ser vivo, em relevância a vida do ser humano. Assim, é pertinente tratar a forma de expressar-se por meio de ritos fúnebres individualizados, quando vimos que desde os tempos mais antigos até a contemporaneidade, o modo de se tratar simbolicamente os mortos dentro de cada cultura, respeitando dessa forma suas crenças.

Vimos, também, que os Cuidados Paliativos aceita a morte como algo natural e inevitável, respeitando dessa forma, a natureza humana e aliviando o sofrimento até o fim. Este estudo é apenas introdutório, pois um tema tão complexo necessita de um estudo aprofundado. Percebe-se que o tema em discussão merece reflexões para ações transformadoras e que, de fato, sejam executadas em todo país, cabendo a elaboração de leis e protocolos para atuação profissional, já que existem carências quanto à formação dos profissionais de saúde no que tange à atuação em Cuidados Paliativos, pois não basta ser paliativista, é necessário conhecimento e compromisso.

Identificamos durante o estudo sobre humanização que o Brasil se encontra em transição rumo à expansão da rede nacional de Cuidados Paliativos, portanto vamos crer na existência dela como um direito que vise uma assistência de qualidade a todos aqueles que necessitem ou que se encontrem em casos de doenças fora de possibilidade de cura.

Quanto ao Testamento Vital, vimos que ele constitui um exercício legítimo do direito à dignidade. Todos os seres humanos têm o direito à morte digna, algo que está garantido pela lei, pelos princípios da dignidade humana. O testamento vital é um instrumento que garante a morte com dignidade por dar ao indivíduo o direito de expor seu desejo e autonomia quanto ao modo de tratamento que deseja receber, em caso de incapacidade.

A Resolução nº 1995, de 30 de agosto de 2012, do Conselho Federal de Medicina, permitiu ao paciente registrar o seu testamento vital no prontuário médico, manifestando os cuidados e tratamentos que quer ou não receber, no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, a sua vontade. Em outros países como Estados Unidos e Espanha, o testamento vital já é amparado por lei federal, isso nos faz crer que futuramente

teremos no Brasil esse aparato que faz parte da dignidade humana, considerando o direito ao reconhecimento, respeito e proteção a essa dignidade.

RESUMÉ

LA MORT DIGNE, L'HUMANISATION DE L'ASSISTANCE EN MATIÈRE DE SANTÉ ET LES SOINS PALLIATIFS : UNE INTERACTION REQUISE

La mort, en tant qu'événement naturel auquel tous les êtres vivants sont soumis, a un traitement diversifié, en particulier pour l'être humain, celui qui a tendance à la traiter en harmonie avec la culture dans laquelle il est soumis. Sur cette base, ce travail fait une brève incursion dans la façon dont les cultures occidentales traitent la mort, les représentations et les attitudes de l'homme par rapport à l'acte de mourir au fil du temps. Appuyés sur certains concepts anthropologiques de la mort, bien que sur le processus de l'acte de mourir, et en utilisant des éléments de la philosophie des soins palliatifs, nous avons pour but de présenter, dans cette étude de caractère exploratoire et théorique, des éléments pour une réflexion à propos de la mort et du processus de mourir ; les soins palliatifs, dans la logique des politiques d'humanisation existantes dans le pays (Brésil). Nous avons essayé d'expliquer comment est ce genre de soins, bien que le rôle de l'équipe pluridisciplinaire pour l'évolution de ce processus, mettant l'accent sur la qualité de vie des patients atteints des maladies chroniques terminales et de leurs familles, afin d'avoir une fin de vie avec dignité et autonomie. Cette autonomie est évidente lorsque nous parlons du testament vital, qui est résumé dans un document écrit par le patient, tout en étant conscient ou pour des personnes en bonne santé, où sa volonté est enregistrée, et si par hasard le patient devient incapable, il laisse enregistrés les types de traitements auxquels il veut être soumis.

Mots-clés : L'humanisation, les soins palliatifs, la mort digne.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual De Cuidados Paliativos**. Ampliado e atualizado. 2ª edição, 2012.

ALVES, Railda Fernandes, ANDRADE, Samkya Fernandes de Oliveira, MELO, Myriam Oliveira, CAVALCANTE, Kílvia Barbosa, ANGELIM, Raquel Medeiros. **Cuidados paliativos : desafios para cuidadores e profissionais da saúde**. Fractal : Revista de Psicologia. V. 27, n.2, 2015, p. 165 - 176.

ARIÈS, Philippe. **O Homem diante da morte**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

BELLATO, Roseney; CARVALHO, Emília Campos de - Artigo de Revisão – **O Jogo Existencial e a ritualização da morte**. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2005 janeiro/fevereiro;13(1):99104.Disponívelem:<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a16>>. Acesso em 17 de abril de 2017.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Assistência à Saúde Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar /Ministério da Saúde**. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas - Política Nacional de Humanização – CADERNOS HUMANIZASUS - VOL III – Atenção Hospitalar – Brasília, 2011.**

BRASIL, Ministério da Saúde. **Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor**. Rio de Janeiro; 2001. Disponível em: http://www.inca.gov.br/publicacoes/manual_dor>. Acesso em 03 de maio de 2017.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, **Resolução CFM nº 1931**, de 17 de setembro de 2009.

CONCEIÇÃO, Tainá Souza. A **Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde: notas preliminares**. Revista Ser Social 11.25 (2009): 194-220. Acesso em 02 de maio de 2017.

ELIAS, Norbert. **A solidão dos moribundos, seguido de, Envelhecer e morrer**. Trad. Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

FERREIRA, Aurélio Buarque Holanda. **Minidicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: ENF, 2001.

KOVÁCS, Maria Júlia. **Comunicação nos programas de cuidados paliativos: uma abordagem multidisciplinar**. Mundo Saúde (1995). 2003; 27(1): 71-80.

_____. **Autonomia e o direito de morrer com dignidade**. Revista Bioética 6.1 (2009). Acesso em 10 de maio de 2017.

_____. **Morte e desenvolvimento humano**. Casa do Psicólogo, 1992.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. **Perguntas e respostas sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1979.

LIPPMANN, Ernesto. **Testamento Vital** – São Paulo: Matrix, 2013.

MATSUMOTO, Dalva Yukie. Introdução. In: **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª Edição. ANCP, 2012. P. 23-30.

MENEZES, Rachel Aisengart - **Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Garamond: FIOCRUZ, 2004.

PENALVA, Luciana Dadalto. **Declaração prévia de vontade do paciente terminal**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Direito da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, 2009. Disponível em: revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/515/516. Acesso em 19 de maio de 2017.

RODRIGUES, José Carlos. **Tabu da morte**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2006.