

PERCEPÇÃO DA MORTE PELO PACIENTE ONCOLÓGICO AO LONGO DO DESENVOLVIMENTO

Alini Daniéli Viana Sabino Borges^{*}
Elisângela Ferreira da Silva[#]
Patrícia Bighetti Toniollo[¶]
Sheila Maria Mazer[#]
Elizabeth Ranier Martins do Valle^æ
Manoel Antônio dos Santos^Æ

RESUMO. O propósito deste estudo é empreender uma revisão não-sistemática da literatura dedicada à percepção da morte e do morrer na perspectiva do paciente oncológico, de acordo com as diferentes fases do ciclo vital. Os resultados mostram que, na criança, a percepção da morte modifica-se conforme se desenvolvem o pensamento e a linguagem. No adulto, a concepção da morte depende muito da experiência física e psicológica por que se está passando. Por fim, no idoso a morte é mais bem aceita e sua percepção depende sobretudo da satisfação previamente auferida com a vida. Diante disso, a literatura ressalta que a percepção da morte é ainda uma experiência eminentemente individual e que, por isso, deve ser considerada a percepção subjetiva de cada paciente oncológico. Concluindo, as reflexões deste estudo enfatizam as transformações da percepção da morte ao longo do desenvolvimento, sustentando a noção da presença da morte como parte integrante da vida.

Palavras-chave: desenvolvimento humano, câncer, morte.

PERCEPTION OF DEATH BY ONCOLOGICAL PATIENT ALONG ITS DEVELOPMENT

ABSTRACT. The purpose of this study is to undertake a non-systematic revision of the bibliography dedicated to the perception of the experiences of *'the coming death and dying'* in the perspective of the oncological patient, in accordance with the different phases of lifespan. The results show that, in children, the perception of death is modified gradually as the thought and the language develops. In adults, the conception of death depends on their physical and psychological experience. Finally, in elderly people the death is better accepted and its perception depends on the satisfaction previously gained during the lifespan. Bearing that in mind, specialized bibliography emphasizes that the perception of the coming death is still an eminently individual experience, therefore, the subjectivity of each oncological patient should be considered. Concluding, this study intends to emphasize the transformations in the perception of the coming death, during the illness development, coping with the presence of death as an integrating part of life.

Key words: Human development, cancer, coming death.

^{*} Psicóloga. Serviço de Psicologia do Município de Onda Verde - SP. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP).

[#] Psicóloga. Mestranda em Psicobiologia pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP).

[¶] Psicóloga Escolar da rede particular de ensino e de Projetos Comunitários do município de Jaboticabal-SP. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP).

^æ Doutora. Docente da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (UNIP) e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP) e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

^Æ Doutor. Docente do Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP) e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia pela FFCLRP-USP.

PERCEPÇÃO DE LA MUERTE POR EL PACIENTE ONCOLÓGICO A LO LARGO DEL DESARROLLO

RESUMEN. El propósito de este estudio es emprender una revisión no-sistemática de la literatura dedicada a la percepción de la muerte y del morir en la perspectiva del paciente oncológico, según las diferentes fases del ciclo vital. Los resultados muestran que, en el niño, la percepción de la muerte se modifica conforme se desarrollan el pensamiento y el lenguaje. En el adulto, la concepción de la muerte depende mucho de la experiencia física y psicológica por la que está pasando. Por fin, en el anciano la muerte es mejor aceptada y su percepción depende sobretudo de la satisfacción previamente obtenida con la vida. Delante de eso, la literatura resalta que la percepción de la muerte es aún una experiencia eminentemente individual, y que, a causa de eso, debe ser considerada la percepción subjetiva de cada paciente oncológico. Concluyendo, las reflexiones de este estudio enfatizan las transformaciones de la percepción de la muerte a lo largo del desarrollo, sosteniendo la noción de la presencia de la muerte como parte integrante de la vida.

Palabras-clave: desarrollo humano, cáncer, muerte.

A percepção das vivências da morte e do morrer tem sofrido transformações ao longo do tempo histórico, acompanhando as transformações da sociedade no que diz respeito às atitudes diante da morte, evoluindo desde uma experiência tranquila – e até mesmo desejada – na Idade Média para uma possibilidade impregnada de angústia, temor e aflição, que deve ser evitada a todo o custo na época atual (Souza & Boemer, 2005).

No imaginário social, uma das enfermidades mais associadas à questão da morte na contemporaneidade é o câncer. Em todas as regiões do mundo, mesmo nas que apresentam mais ostensivamente outros sérios problemas de saúde, o câncer revela seus efeitos deletérios. No Brasil, está sempre incluído de forma significativa nas taxas de mortalidade, ocupando posição de destaque no quadro sanitário nacional (Brasil, 2005). Em todo o país, inclusive nas regiões mais desenvolvidas, o câncer corresponde à segunda causa de morte, sendo suplantado apenas pelas doenças cardiovasculares. Deve ser então considerado um problema de saúde pública, devido à ameaça de morte que representa aos seus portadores (Lopes, 1996).

Não obstante, é fato incontestável que o tratamento oncológico tem melhorado muito nas últimas três décadas. Na oncologia pediátrica, os dados apontam que sobreviventes de longa data aumentaram de 28% em 1960 para cerca de 70%, em certos tipos de câncer, em 1990, considerando-se que tratamentos avançados com drogas cada vez mais eficientes contra o tumor, novos procedimentos cirúrgicos, radiação, transplante de medula óssea, controladores da imunidade e novas combinações de agentes quimioterápicos são responsáveis por esse aumento do número de sobreviventes (Ellis, 2000).

Apesar desses enormes avanços, existem aqueles pacientes cuja doença inevitavelmente se torna

refratária ao tratamento. Nesse momento, ao lidar com esses pacientes, os objetivos mudam de medidas curativas para medidas apenas paliativas (Lima, 2003; Ribeiro dos Santos, 2000).

O movimento de cuidados paliativos trouxe de volta, no século XX, a possibilidade de reumanização do morrer, opondo-se à idéia da morte como o inimigo a ser combatido a todo o custo; ou seja, a morte volta a ser vista como parte do processo de vida, e no adoecimento, os tratamentos devem visar à qualidade dessa vida e ao bem-estar da pessoa, mesmo quando a cura não é possível (Kovács, 2003; Torres, 2003).

As pesquisas que analisam as intervenções psicológicas em situações de morte são recentes e ainda escassas, mas alguns autores sugerem estratégias de suporte psicológico baseadas nos princípios dos cuidados paliativos, da qualidade de vida e do controle da dor.

Ribeiro dos Santos (2000) sugere, para essa fase do atendimento psicológico, o ensino de novas habilidades de controle e manejo da dor e do estresse, o treinamento de familiares para ajudar o paciente a expressar suas necessidades e pensamentos, a motivação dos familiares no cuidado progressivo que favorece o processo de luto, o aumento – dentro do possível – de atividades agradáveis e apoio comunitário que favoreçam os cuidados domiciliares.

Outros estudos dedicados a intervenções psicológicas em pacientes em fase terminal indicam a importância dessa modalidade de atendimento (atendimento domiciliar). Os autores desses estudos propõem diferentes estratégias de atenção ao paciente, circunscrevendo esse campo e definindo princípios que devem ser contemplados nesses casos: o *Modelo de Intervenção em Crise*, que envolve percepção de cuidados, avaliação das necessidades do paciente e a busca da percepção de autocontrole; a inoculação do estresse; a motivação da família no cuidado com o

paciente, bem como orientações sistemáticas à equipe de saúde para lidar com as dificuldades enfrentadas pelo doente (Boemer, 1998; Dattilio & Freeman, 1996; Deffenacher, 1999; Gimenes, Queiroz & Shayer, 1992; Ribeiro dos Santos, 2000).

Uma das conclusões mais comuns da literatura atual é que estudos subseqüentes são necessários para investigar detalhadamente os fatores psicossociais envolvidos na fase terminal de pacientes oncológicos, com o objetivo de promover uma postura adequada da equipe de saúde, contribuir para humanizar o ambiente hospitalar, oferecer suporte à família do paciente terminal e, sobretudo, promover os direitos do paciente para exercer uma liberdade saudável e terminar seus dias com uma morte digna.

Constatamos que nos últimos anos a literatura tem se voltado mais sistematicamente à valorização dos aspectos subjetivos do paciente oncológico e de sua relação com a morte e o morrer; contudo, a percepção que o paciente elabora das vivências de morte e do morrer ainda tem sido pouco investigada. Além disso, os estudos que buscam identificar as necessidades especiais da pessoa com câncer têm mostrado peculiaridades importantes relativas ao estágio de desenvolvimento focalizado. Essas investigações, via de regra, elegem um determinado período evolutivo (criança, adolescente, adulto, idoso) e se concentram em suas especificidades, sem se preocupar com compará-lo aos demais estágios.

Buscando suprir essas lacunas, o propósito do presente estudo é empreender uma revisão não-sistemática da literatura dedicada à percepção das vivências da morte e do morrer na perspectiva do paciente oncológico, de acordo com as diferentes fases do desenvolvimento. Acreditamos ser relevante oferecer uma visão panorâmica, que permita situar a experiência subjetiva do paciente acometido por uma doença terminal segundo seu estágio evolutivo, uma vez que os programas de assistência e reabilitação psicossocial são planejados de modo a atender às necessidades de grupos específicos.

CÂNCER, MORTE E DESENVOLVIMENTO HUMANO

Câncer é o nome genérico de um conjunto de mais de 200 doenças distintas, com multiplicidade de causas, formas de tratamento e prognósticos. Ocorre quando mutações nos genes de uma única célula tornam esta capaz de proliferar rapidamente, a ponto de formar uma massa tumoral. Várias transformações têm que ocorrer na mesma célula para que ela adquira o caráter

de malignidade (Lopes & Camargo, 2000; Yamaguchi, 2002).

Historicamente, o câncer é visto como uma doença que leva fatalmente à morte. Apesar dos enormes progressos da medicina nas últimas décadas em relação ao tratamento do câncer, como procedimentos cirúrgicos e farmacológicos e o advento da radioterapia, ainda assim ele carrega o estigma de doença fatal.

Torres (2002a) destaca que o homem, geralmente, expressa em símbolos as ameaças à vida. O câncer suscita a idéia de um caranguejo – animal que vive em profundidade, invisível e se desloca mal-coordenado e imprevisível; é agressivo, apodera-se de suas presas e as tortura até à morte.

Todos morrem – é fato. Como humanos, diferenciarmo-nos dos outros seres justamente pela consciência sobre a finitude de nossa existência (Melo, 1999; Vendruscolo, 2005). O significado do fenômeno da morte não se esgota em sua dimensão natural ou biológica. Ela comporta, também, como qualquer fato da vida humana, uma dimensão social (Ariès, 1977; Maranhão, 1985).

Segundo Moraes (2002),

O homem não tende a encarar abertamente seu fim de vida na Terra; só eventualmente e com certo temor é que lançará um olhar sobre a possibilidade de sua própria morte. Uma dessas ocasiões é a consciência de que sua vida está ameaçada por uma doença. (p. 57)

Para o paciente, o câncer traz em si a consciência da possibilidade de morte. Essa idéia vem acompanhada de angústia e temores que perpassam o desenrolar do tratamento. Segundo Kovács (1992), o medo é a resposta psicológica mais comum diante da morte. O medo de morrer é universal e atinge todos os seres humanos.

Murphy (citado por Kovács, 1992) relaciona várias facetas do medo da morte com atitudes das pessoas diante dela. O medo da morte pode conter o medo da solidão, da separação de quem se ama, o medo do desconhecido, o medo da interrupção de planos e sonhos, o medo do que pode acontecer aos que ficam, e, numa visão espiritual, medo do julgamento de seus atos em vida. Cada pessoa teme mais de um aspecto da morte, e isso depende de aspectos intrínsecos ao indivíduo que a enfrenta, seja ele quem esteja morrendo ou uma pessoa querida (Kovács, 1992).

O tratamento oncológico é extremamente invasivo, agressivo e fonte de grande angústia para o paciente. Com os avanços nas terapias para o combate à doença, os

índices de cura aumentaram consideravelmente, e, a partir da década de 1980, passou-se a uma preocupação com a qualidade de vida dos pacientes com câncer. A despeito de o câncer evidenciar, atualmente, uma maior possibilidade de cura e sobrevivência dos pacientes, ele ainda provoca muitas mortes (Vendruscolo, 2001).

O avanço da tecnologia médica favoreceu a cura de doenças como o câncer e o prolongamento da vida; porém, há muitas questões bioéticas sendo discutidas dentro deste contexto, considerando a morte como fatalidade da vida e a dignidade no processo de morrer (Kovács, 2003; Torres 2003). Ser paciente terminal evidencia que a debilidade orgânica inerente à doença traz consigo, além dos aspectos físicos, todos os preconceitos de uma sociedade na qual a terminalidade afronta a negação da morte, mostrando que todos somos finitos (Bromberg, 1998; Vendruscolo, 2005).

Consideramos que a morte faz parte da vida. Assim como nascemos e vivemos, a morte será inevitável. O entrelaçamento entre a vida e morte ao longo do processo de desenvolvimento humano nos faz pensar em como um indivíduo acometido por uma doença grave como o câncer lida com as questões que envolvem a morte e o morrer. O presente texto se propõe a fazer uma reflexão sobre a visão da morte e do morrer pelo olhar do paciente oncológico ao longo do desenvolvimento vital, considerando que a morte é vista de diferentes modos em cada momento da vida: infância, adolescência, idade adulta e velhice.

A MORTE NO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO

A morte faz parte do desenvolvimento humano desde a mais tenra idade (Kovács, 1992). Indivíduos de todas as idades, ao se defrontarem com a morte, colocam em questão a própria vida, com seus medos, angústias e possibilidades. Quando falamos de uma doença crônica grave, como um câncer, a morte torna-se assunto presente desde o diagnóstico, permeando todo o tratamento e se estendendo até mesmo ao pós-tratamento, quando há cura ou a morte de fato.

Traremos aqui algumas considerações sobre a morte em cada estágio do desenvolvimento humano, levando em conta os aspectos gerais inerentes ao assunto.

A CRIANÇA DIANTE DA MORTE

A questão da origem da vida e da morte está presente na criança, ao contrário do que muitos adultos pensam. A criança está em contato com a morte, seja a

sua própria, a de uma pessoa próxima, de um bichinho de estimação, pelas imagens da TV e jogos infantis (Kovács, 1992; Vendruscolo, 2004). À medida que processa seu desenvolvimento afetivo e emocional, a criança experiencia mortes efetivas que a rodeiam, tentando compreender o que se passa consigo (Kovács, 1992).

O adulto, por sua vez, freqüentemente tem a concepção errônea de que a criança não compreende a morte e as questões que a envolvem, o que favorece atitudes inadequadas, como evitar o assunto, tentar minimizar o próprio sofrimento para poupar a criança, utilizando eufemismos e mentiras que muitas vezes a confundem.

Segundo Kovács (1992):

Ao não falar, o adulto crê estar protegendo a criança, como se essa proteção aliviasse a dor e mudasse magicamente a realidade. O que ocorre é que a criança se sente confusa e desamparada, sem ter com quem conversar. (p. 48)

As crianças percebem os fatos ocultos e, embora não os expressem verbalmente, fazem-no através de sua própria linguagem: desenhos, jogos e histórias. Estudos mostram que a criança vivencia situações relacionadas à morte e que tais experiências e emoções permanecem registradas em seu psiquismo. A maneira como ela organiza e expressa sua compreensão e seus sentimentos está relacionada com seu nível de desenvolvimento (Torres, 2002a; Nunes & cols, 1998).

Torres (2002a) refere que as investigações sobre a compreensão da morte pela criança começaram na década de 1930 e até hoje questionam o conceito de morte que é construído ao longo do desenvolvimento, no que diz respeito à idade cronológica, ao desenvolvimento cognitivo e a experiências reais de morte.

Diversos autores (Nunes & cols., 1998; Speece & Brent, 1984; Torres, 2002a) evidenciam três dimensões do conceito de morte: irreversibilidade (morte como algo final, permanente), não-funcionalidade (compreensão de que as funções vitais cessam com a morte) e universalidade (todas as coisas vivas morrem). Estas dimensões são correlacionadas com os estágios do desenvolvimento cognitivo de Piaget (1964; 1967). Nas fases iniciais do desenvolvimento, a morte é tida como reversível. Segundo Nunes e cols. (1998), “a maioria das crianças saudáveis tem o conceito de morte formado entre os 5 e 7 anos, no período de transição do pensamento pré-operacional para o operacional concreto.” (p. 581).

Ponto importante a ser considerado é o impacto de uma doença crônica grave e/ou terminal sobre a conceituação da criança acerca da morte. A criança terminal sabe que vai morrer, e isto lhe causa maior sofrimento quando está em jogo o afastamento das pessoas queridas (Raimbault, 1979). Estudos revelam que a criança portadora de uma doença grave tem uma concepção mais amadurecida da morte do que seus pares que não experienciam tais circunstâncias (Torres, 2002b).

As pesquisas sobre a aquisição do conceito de morte em criança são importantes na medida em que enfatizam a necessidade de falar com elas sobre esse tema, ainda hoje tabu em nossa cultura (Torres, 1979). No caso, dialogar com a criança sobre a morte requer, além de sensibilidade por parte do adulto, usar palavras e experiências que sejam compreendidas por elas. É importante trazer o tema da morte para uma dimensão que possa ser assimilada pela criança de acordo com seu nível de desenvolvimento cognitivo (Kovács, 1992; Torres, 2002a).

A MORTE NA VISÃO DO ADOLESCENTE

O adolescente já tem a possibilidade cognitiva de compreender o conceito de morte em suas dimensões – irreversibilidade, universalidade e não-funcionalidade. Ele levanta hipóteses e discute a morte enquanto tema; porém, emocionalmente, a morte, nesta etapa do desenvolvimento, é tida como algo distante (Kovács, 1992).

A adolescência é o período do desenvolvimento no qual ocorre uma série de transformações. O adolescente sofre muitas perdas, como as do corpo infantil e da identidade de criança. Está em busca de uma nova identidade. O adolescente está construindo seu mundo e não há lugar para a morte (Bessa, 2000; Kovács, 1992).

Nesta etapa da vida o adolescente pode viver mortes concretas – de parentes, amigos – mas em seu pensamento não é concebível sua própria morte. Estando numa fase de conquistas e descobertas, planos e sonhos, a morte é considerada um desafio prazeroso, e sendo a morte parte da vida, alguns adolescentes passam a desafiá-la. Esportes radicais, uso abusivo de drogas e álcool, excesso de velocidade com carros e motos, os “rachas”, podem ser indicativos de que os adolescentes vivem a desafiar a idéia de morte como algo distante de sua realidade (Kovács, 1992).

Segundo Bessa (2000), no caso de adolescentes com câncer:

(...) foram arrancados da sua vida e do seu desenvolvimento “normal” para serem subitamente agredidos e ameaçados pelo tratamento. Não puderam optar pela situação em que se encontram e o enfrentamento da morte deixa de ser um desafio prazeroso para ser uma luta aterrorizada em busca da sobrevivência (Bessa, 2000, p. 96).

Pelo seu desenvolvimento cognitivo, o adolescente sabe que a morte não é reversível, e sim, definitiva. Vale lembrar que a idéia de morte do adolescente já é o prenúncio da idéia da morte de um adulto, influenciada pela cultura, pela sociedade e pela moral.

O PACIENTE ADULTO: VISÃO DA MORTE E DA TERMINALIDADE

Existem inúmeros problemas, de ordem clínica, ética, social, psicológica, contidos na experiência da fase terminal, os quais colocam os pacientes diante de impasses e demandas muitas vezes incomensuráveis. O paciente que enfrenta o período da terminalidade precisa ter suas necessidades especiais identificadas, para que possa ter a qualidade de vida preservada nesta fase da vida (Bromberg, 1998).

Algumas pesquisas (Butters, Higginson, George & Smits, 1992 citados por Bromberg, 1998) estudaram questões relacionadas às necessidades dos pacientes que recebem cuidados paliativos. Em ordem decrescente, os problemas mais graves encontrados entre pacientes terminais foram: controle de sintomas, ansiedade do paciente, controle da dor e ajuda prática.

Segundo Bromberg (1998), requer também atenção especial a consciência que o paciente tem sobre o prognóstico, e dessa forma, a tentativa que faz para dar um sentido ao que lhe resta de vida. A ansiedade diante da morte é uma revivência de ansiedades anteriores, relacionadas a perdas e quebras de vínculos, e não pode ser subestimada, já que leva o paciente a encarar as ameaças da imprevisibilidade, propiciando assim o desenvolvimento de recursos de enfrentamento.

Podemos dizer que, na situação de terminalidade, é muito importante que a unidade paciente-família seja reconhecida, já que esse período é caracterizado, muitas vezes, pela tentativa de resolução de conflitos negligenciados em outros momentos da vida.

Além disso, para os pacientes terminais, o controle dos sintomas é aspecto crucial, sendo muito importante sua antecipação e prevenção para melhorar

a qualidade de vida, como afirmam Green e Green (citados por Bromberg, 1998).

Fazendo uma reflexão a respeito da concepção de morte para pacientes adultos, podemos chegar à conclusão de que ela é algo que os seres humanos vivem continuamente em situações cotidianas, como perda de emprego, separações, entre outras, e não apenas no fim da vida física neste mundo. Se o indivíduo puder enfrentar e compreender sua morte final, talvez possa aprender a encarar e lidar produtivamente com cada mudança que se apresente em sua vida (Kübler-Ross, 1996).

De acordo com Kastenbaum e Aisenberg (1983), o medo do processo de morrer inclui o indesejável prospecto de sofrer; ou seja, é a possibilidade de padecer a aflição física que torna o morrer um evento tão aversivo. Além disso, podemos dizer que, ao tomar consciência da possibilidade imediata da própria morte, o homem é levado a rever as prioridades e os valores de sua existência, sendo a consciência da morte reveladora da insignificância do acúmulo de posses e dos cuidados cotidianos, presentes muitas vezes de forma inadequada na vida dos homens.

Estudando culturas e povos antigos, percebemos que o homem sempre abominou a morte e, provavelmente, sempre a repelirá. Para Kübler-Ross (1989), “é inconcebível para o inconsciente imaginar um fim real para nossa vida na terra, e se essa vida possui um fim, ele será sempre atribuído a alguma intervenção maligna externa” (p.14). Sendo assim, parece haver uma conspiração geral no sentido de negar a ocorrência da morte, não permitindo uma transição psicológica nem ritos de passagem para ajudar o que sofre a perda a transportar-se da relação com a pessoa viva à relação com a pessoa morta.

A mesma autora ainda acredita que todos os pacientes gravemente enfermos que se encontram diante do processo de morte estão cientes da gravidade de seu estado, quer tenham sido informados quer não, porém, nem sempre dizem isso a seu médico ou a parente próximo. A razão disto é que é sempre doloroso falar desta realidade, sendo que o paciente capta e aceita com prazer, no momento, qualquer mensagem, explícita ou implícita, para não se tocar no assunto.

Sabe-se que, sob o aspecto psicológico, os enfermos experimentam reações de reajustamento que podem ser chamadas de estágios do processo de morrer, formulados por E. Kübler-Ross (1977).

Os cinco estágios são denominados como: 1) negação; 2) raiva; 3) barganha; 4) depressão e 5) aceitação. Nem todos passam pelos estágios nesta

ordem e nem todos completam o processo.

1) Negação: tomada de consciência do fato de sua doença fatal. Alguns enfermos costumam procurar uma segunda opinião, outros manifestam a negação de maneira implícita, agindo com otimismo e planos para o futuro. As pessoas devem compreender esta reação, que mostra a falta de preparação emocional para enfrentar esse momento. Não devem forçá-los a aceitar, mas dar-lhes tempo e deixar que falem de sua angústia.

2) Raiva: à medida que a negação vai se atenuando, a pessoa começa a experimentar muita raiva, que normalmente é dirigida ao médico, ao enfermeiro, aos visitantes, aos familiares, a Deus, etc. As pessoas não devem se chocar com esta reação; é importante entender, pois o enfermo sofre com o fato de que os outros permanecerão vivos.

3) Barganha: constata-se o desejo do paciente em realizar acordos por um pouco mais de tempo, fazendo pactos consigo mesmo e/ou com Deus; fazem promessas materiais, negociam com a própria morte.

4) Depressão: ao final do tempo da barganha, o paciente passa à depressão. Ele já não prevê mais possibilidades, a vida acabou. Entra num período de silêncio interior, fechado. Este estágio costuma provocar culpa e outros sentimentos de aflição. Neste período é importante que os familiares sejam estimulados a manifestar seus sentimentos.

5) Aceitação: não significa que o paciente tome uma atitude cômoda e espere passivamente a morte. Ocorre quando o paciente se mostra capaz de entender sua situação com todas as suas conseqüências. Nesta situação geralmente está cansado, mas em paz. Volta-se para dentro de si, revelando a necessidade de reviver suas experiências passadas como forma de resumir o valor de sua vida e procura o seu sentido mais profundo. A aceitação não exclui a esperança, mas, nesse momento, a pessoa já não tem mais medo ou angústia.

A morte em si não é um problema para o paciente, mas sim, o medo de morrer, que nasce do sentimento de desesperança, de desamparo e isolamento que o acompanha. Por isso, o profissional que está em contato com o paciente considerado terminal precisa estar em paz com a vida e com a morte, sabendo que a morte é parte da vida e que por isso precisa ser cuidada.

O PACIENTE IDOSO: ENVELHECIMENTO E MORTE

Na sociedade ocidental, a idéia de morte parece ser mais aceita para o idoso. Isto porque as pessoas desta faixa etária, em sua maioria, completaram todo o processo do desenvolvimento e estão na etapa final do

ciclo vital. Eles já realizaram o que é esperado das pessoas em nossa sociedade: trabalharam, casaram-se, tiveram filhos. O idoso é aquele que já cumpriu uma jornada de vida e estaria pronto para morrer (Boemer, Zanetti & Valle, 1991). Entretanto, segundo Heidegger (1996), a morte é uma possibilidade que está presente, determinando a vida, desde o nascimento.

Apesar desta perspectiva cultural, o fato é que a morte tem maior probabilidade biológica de ocorrência nos idosos. Porém, podemos considerar que o medo da morte não é linear: um velho com uma vida satisfatória poderia temer menos a morte que um jovem adulto. Quando o velho tem satisfação na vida cotidiana pode se desprender para desenvolver uma busca espiritual e mais tranqüilamente enfrentar a morte (Kovács, 1992).

No caso de pessoas idosas com câncer, a perspectiva de morte está presente, agravada pela doença e pela fragilidade física do corpo. Entretanto, o medo de morrer é uma experiência individual. O estereótipo do velho como um sábio, que não tem mais desejos e está preparado e esperando pela morte, não é verdadeiro. O medo pode ser maior em ambientes desconhecidos, perigosos ou solitários (Burnside, 1979 citado por Boemer & cols., 1991), como no caso de hospitais e abrigos para idosos. Neste caso, a equipe de saúde e a família têm que procurar oferecer um ambiente de apoio, procurando compreender o idoso em seu processo de adoecimento e morte.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão da literatura permitiu evidenciar as características da experiência da morte e do morrer no paciente de câncer, evidenciando diferenças e nuances de acordo com a etapa do desenvolvimento em que ele se encontra. Isso não significa que exista um perfil de características padronizadas possíveis de identificar em todos os pacientes de uma determinada faixa etária, porque a idade é apenas um dos atributos que devem ser considerados, ao lado de inúmeros outros, tais como gênero, *status* socioeconômico, grau de instrução formal, acesso a serviços de saúde, variáveis culturais, etc.

A visão da morte pelo paciente oncológico é peculiar, e o contato com ela é constante, ocorrendo até mesmo por meio de pequenas perdas cotidianas. Heidegger (1996) afirma que somos um ser-para-morte; esta é uma possibilidade de nossa existência e convivemos com ela continuamente.

Cada indivíduo vê a morte e lhe atribui um sentido dependendo da etapa em que se encontra no processo de desenvolvimento vital. Esta visão depende também

da sua história de vida, de suas vivências e aprendizagens, de sua condição física, psicológica, social e cultural. Em qualquer fase do desenvolvimento humano a idéia da morte está presente e tem uma representação característica, trazendo um entrelaçamento entre todos os aspectos presentes no decorrer da própria vida.

A pessoa portadora de uma doença crônica grave, como o câncer, coloca em xeque sua própria existência e atribui um significado para sua doença e seu tratamento. Muitas vezes, o câncer traz, inevitavelmente, a idéia do fim da vida e de todas as suas possibilidades. O medo então se faz presente, seja pela sua própria morte ou a de um companheiro de tratamento. Esse fato é digno de reflexão, pois, inevitavelmente, traz sofrimento. Pensar na morte nos faz pensar na própria vida e em como estamos vivendo. O paciente precisa ser ouvido e se sentir acolhido em seu sofrimento, para auxiliar no enfrentamento do medo da própria morte deflagrada pela doença e/ou terminalidade. O processo psicoterápico de pacientes abre um espaço para estes falarem daquilo que for de sua necessidade. A ênfase é na qualidade de vida e em sua ressignificação.

As questões levantadas a partir deste trabalho encontram voz nas discussões atuais sobre bioética e qualidade de vida, nas quais são abordadas reflexões sobre a dignidade humana e reumanização hospitalar. Para a equipe de saúde e familiares, o suporte psicológico é indicado para auxiliar no enfrentamento da perda e de todo sofrimento que possa acarretar.

O temor frente à possibilidade de morte que o câncer traz nos faz refletir quanto o ser humano, na cultura ocidental, não está preparado para enfrentar seu fim – quando percebemos a negação e o encurtamento dos ritos de morte. Porém, não podemos perder de vista que a morte faz parte da vida enquanto possibilidade; e quando se faz presente, encerra planos e se constitui como a única certeza da vida: somos seres mortais.

REFERÊNCIAS

- Ariès, P. (1977). *A história da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias*. (P. V. Siqueira, Trad.). Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Bessa, L. C. L. (2000). *Conquistando a vida: adolescentes em luta contra o câncer*. São Paulo: Summus.
- Boemer, M. R. (1998, 3ª ed.). *A morte e o morrer*. Ribeirão Preto: Holos.
- Boemer, M. R.; Zanetti, M. L. & Valle, E. R. M. (1991). *A idéia de morte no idoso: uma abordagem compreensiva*.

- Em R. M. S. Cassorla (Org.), *Da morte: estudos brasileiros*. (pp.119-129). Campinas: Papirus.
- Brasil (2005). Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Controle de Câncer. Rio de Janeiro: Pro-Onco, 2004. Apresenta dados do Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: <<http://www.ministeriodasaude.gov.br>>. (Acesso em 15/05/2005)
- Bromberg, M. H. P. F. (1998, 2ª.ed). Ser paciente terminal: a despedida anunciada. Em C. Berthoud; M. Bromberg & R. Coelho (Orgs.), *Ensaio sobre a formação e rompimento de vínculos afetivos*. (pp. 69-98). Taubaté: Cabral Editora Universitária.
- Carvalho, R. F., Santos, M. A. & Moschetta, M. S. (no prelo) Transição para o mundo profissional: a construção da identidade do psicólogo em um serviço de psico-oncologia, na perspectiva das relações de gênero. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*.
- Contel, J. O., Sponholz Jr, A., Torrano-Masetti, L. M., Almeida, A. C., Oliveira, E. A., Jesus, J. S., Santos, M. A., Loureiro, S. R. & Voltarelli, J. C. (2000). Aspectos psicológicos e psiquiátricos do transplante de medula óssea. *Medicina, Ribeirão Preto*, 33(3), 294-311.
- Dattilio, S. M. & Freeman, A. (1996). *Estratégias cognitivo-comportamentais para intervenção em crise*. Campinas: Psy.
- Deffenacher, J. L. (1999). A inoculação do stress. Em V. E. Caballo (Org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. São Paulo: Livraria Santos.
- Ellis, J. A. (2000). Psychosocial adjustment to cancer treatment and other chronic illness. *Acta Paediatrica*, 89, 134-141.
- Gauderer, E. C. (1987). Reações emocionais do profissional diante da doença crônica ou fatal. Em *Crianças, adolescentes e nós: questionamentos e emoções*. (pp. 176-182). São Paulo: ALMED.
- Gimenes, M. G. G., Queiroz, E. & Shayer, B. P. M. (1992). Reações emocionais diante do câncer: sugestões para intervenção. *Arquivos Brasileiros de Medicina*, 66, 353-356.
- Heidegger, M. (1996). *Ser e tempo*. Partes I e II. (M. S. Cavalcante, Trad.). Petrópolis: Vozes.
- Kastenbaum, R. & Aisemberg, R. (1983). *Psicologia da morte*. (A. P. Lessa, Trad.). São Paulo: Pioneira/EDUSP.
- Kovács, M. J. (1992). *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kovács, M. J. (2002). Morrer com dignidade. Em M. M. M. J. Carvalho (Org.), *Introdução à Psiconcologia*. (pp. 263-278). Campinas: Livro Pleno.
- Kovács, M. J. (2003). Bioética nas questões da vida e da morte. *Psicologia USP*, 2(14), 115-167.
- Kübler-Ross, E. (1977, 3ª. ed). *Sobre a morte e o morrer*. (T. L. Kipnis, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Kübler-Ross, E. (1989, 2ª. ed). *Morte: estágio final da evolução*. Rio de Janeiro: Nova Era.
- Labate, R. C.; Ribeiro, B. A. & Bosco, A. G. (2001). O estresse do enfermeiro junto a pacientes com câncer. *Revista de Enfermagem*, 9(3), 243-247.
- Lima, R. A. G. (2003). *Experiências de pais e outros familiares de crianças e adolescentes com câncer: bases para os cuidados paliativos*. Tese de Livre Docência Não-Publicada, Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Lopes, L. F. (1996). Tumores de células germinativas na infância. Em Fundação Antonio Prudente. Hospital A. C. de Camargo. *Manual de condutas diagnósticas e terapêuticas em Oncologia*.
- Lopes, L. F. & Camargo, B. (2000). *Pediatria oncológica: noções básicas para o pediatra*. São Paulo: Lemar.
- Maranhão, J. L. S. (1985). O que é morte? *Coleção Primeiros Passos*. São Paulo: Brasiliense.
- Mastropietro, A. P., Oliveira, E. A. & Santos, M. A. (2004). Uma proposta de intervenção em saúde mental para paciente submetido a transplante de medula óssea (TMO). *Claretiano: Revista do Centro Universitário*, 4, 157-164.
- Melia, K. M. (2001). Ethical issues and the importance of consensus for the intensive care team. *Social Science & Medicine*, 53, 707-709.
- Melo, L. L. (1999). “E a luz está se apagando...”: vivências de uma criança com câncer em fase terminal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 4(2), 566-575.
- Moraes, M. C. (2002). O paciente oncológico, o psicólogo e o hospital. Em M. M. M. J. Carvalho (Org.), *Introdução à Psiconcologia*. (pp. 57-64). Campinas: Livro Pleno.
- Nascimento-Shultz, C. (1997). *Dimensões da dor no câncer: reflexões sobre o cuidado interdisciplinar e um novo paradigma da saúde*. São Paulo: Robe.
- Nucci, N. A. G. (2003). *Qualidade de vida e câncer: um estudo compreensivo*. Tese de Doutorado Não-Publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto.
- Nunes, D. C., Carraro, L., Jou, G. I. & Sperb, T. M. (1998). As crianças e o conceito de morte. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 11(3), 579-590.
- Oliveira, E. A., Torrano-Masetti, L. M. & Santos, M. A. (1999). Grupo de apoio ao acompanhante do transplantado de medula óssea: uma contribuição à práxis grupal. *Paidéia: Cadernos de Psicologia e Educação*, 9(16), 41-52.
- Oliveira, E. A., Voltarelli, J. C., Santos, M. A. & Mastropietro, A. P. (2005). Intervenção junto à família do paciente com alto risco de morte. *Revista Medicina*, 38(1), 63-68.
- Oliveira, E. A., Santos, M. A., Mastropietro, A. P., Picini, V. S., Bueno, C. C., Matos, R. N. & Voltarelli, J. C. (2003). Grupo de apoio ao familiar do transplantado de medula óssea. *Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 4(4), 52-62.

- Piaget, J. (1964). *A formação do símbolo na criança*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Piaget, J. (1967). *A construção do real na criança*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Raimbault, G. (1979). *A criança e a morte: crianças doentes falam da morte: problemas da clínica do luto*. (R. C. Lacerda, Trad.). Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Ribeiro dos Santos, A. R. (2000). Psicologia pediátrica em um hospital-escola. Em R. R. Kerbaux (Org.), *Sobre comportamento e cognição: conceitos, pesquisa e aplicação. A ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico*. (pp. 139-147). Santo André: Arbytes.
- Rossi, L. & Santos, M. A. (2003). Repercussões psicológicas do câncer de mama e de seu tratamento. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 23(4), 32-41.
- Santos, M. A. (2003). Perto da dor do outro, cortejando a própria insanidade: o profissional de saúde e a morte. *Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 4(4), 43-51.
- Souza, L. G. A. & Boemer, M. R. (2005). O cuidar em situação de morte: algumas reflexões. *Medicina Ribeirão Preto*, 38(1), 49-54.
- Speece, M. & Brent, S. (1984). Children's understanding of death: A review of three components of a death concept. *Child Development*, 55, 1671-1686.
- Torrano-Masetti, L. M. & Santos, M. A. (2001). Diante do morrer: a criação de um espaço reflexivo para a enfermagem onco-hematológica em um hospital geral. Em M. A. Grandesso (Org.), *Terapia e justiça social: respostas éticas a questões de dor em terapia*. (pp. 229-237). São Paulo: APTF.
- Torrano-Masetti, L. T. & Santos, M. A. (2002). Criação de sentido ou re-petição do mal: considerações acerca da representação mental do afeto no doente onco-hematológico. *Psico*, 33(1), 113-135.
- Torrano-Masetti, L. M., Oliveira, E. A. & Santos, M. A. (2000a). Grupo de reflexão em equipe de enfermagem hematológica como estratégia para o alívio do estresse. Em M. A. V. Luis (Org.), M. A. Santos (Col.), *Saúde mental: prevenção e tratamento*. (pp. 171-182). Ribeirão Preto: FIERP-EERP-USP/FAPESP.
- Torrano-Masetti, L. M., Oliveira, E. A. & Santos, M. A. (2000b). Atendimento psicológico numa Unidade de Transplante de Medula Óssea. *Medicina, Ribeirão Preto*, 33(2), 161-169.
- Torres, W. C. (1979). O tabu frente ao problema da morte. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 31(1), 53-62.
- Torres, W. C. (2002a, 2ª. ed.). *A criança diante da morte: desafios*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Torres, W. C. (2002b). O conceito de morte em crianças portadoras de doenças crônicas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 2(18), 221-229.
- Torres, W. C. (2003). A bioética e a Psicologia da Saúde: reflexões sobre questões de vida e morte. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 3(16), 475-482.
- Vendruscolo, J. (2005). A criança curada de câncer: modos de existir. Em E. R. M. Valle, *Psico-Oncologia Pediátrica*. (pp. 247-292). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Vendruscolo, J. (2005). Visão da criança sobre a morte. *Revista Medicina, Ribeirão Preto*, 38(1) 26-33.
- Veiga, D. A. V. (1984). A enfermeira e o paciente que vai morrer. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 5(1), 113-118.
- Yamaguchi, N. H. (2002). O câncer na visão da oncologia. Em M. M. M. J. Carvalho (Org.), *Introdução à Psiconcologia*. (pp. 21-34). Campinas: Livro Pleno.

Recebido em 20/09/2005

Aceito em 14/03/2006

Endereço para correspondência: Patrícia Bighetti Toniollo. Av. José Adriano Arrobas Martins, n. 130, Bairro, Nova Aparecida, Jaboticabal-SP. E-mail: patitoniollo@yahoo.com.br