

**A despedida da vida no processo de morte: último fenômeno da existência**

**The farewell of life in the process of death: last phenomenon of existence**

**Viviane Domingos da C. S. Bantim**

## RESUMO

O presente artigo propõe uma reflexão sobre como pacientes fora de possibilidades terapêuticas enfrentam o seu processo de adoecimento e a iminência de morte. A percepção das vivências da morte e do morrer tem sofrido transformação ao longo da história; no entanto, ela é uma ameaça onipresente que afeta o paciente e sua família. Desse modo, esse estudo aborda, a questão da morte como parte inerente à existência humana, vista a partir de um breve histórico que perscruta da antiguidade à contemporaneidade, atentando para a necessidade que se compreendam os momentos mais críticos do paciente, dos sentimentos que emergem diante deste fenômeno, e a possibilidade de melhor enfrentamento da situação, favorecendo uma morte mais digna. Ressaltamos, também, a importância da atuação do psicólogo, no sentido de facilitar a elaboração da experiência vivida pelo paciente e seus familiares.

**Palavras-chave:** adoecimento; capacidade de enfrentamento; morte; atuação do psicólogo.

---

## ABSTRACT

This article propose a reflection about how patients out of therapeutics possibilities, face them process of illness and the imminence of death. The perceptions of experiences of death and dying has suffered transformations along the history, however, it is a onipresent threat that affect the patient and his family. This way, this study aboard, the question of death as inherent part in human existence, seen from a brief historical that searchs since the antiquity until the contemporary, attempting to necessity that understand the most critical moments of patient, the feelings that emerge ahead this phenomenon and the possibility of better confront this situation, favouring a most deserving death. We stick out too, the importance of the psychologist atuation, to facilitate the experience elaboration lived by patient and his families.

**Keywords:** Illness; confront capacity; death; psychologist atuation.

---

Não é da morte que as pessoas têm medo. É outra coisa muito mais trágica e perturbadora que nos assusta. Temos medo de nunca termos vivido. Assusta-nos chegar ao fim de nossos dias com a sensação de que jamais estivemos realmente vivos, pois nunca descobrimos o que é a vida.

Harold S. Kushner

O nosso interesse em trabalhar com pacientes fora de possibilidades terapêuticas surgiu a partir da experiência vivenciada nos atendimentos e acompanhamentos psicológicos, realizados nas enfermarias da Clínica Cirúrgica do Hospital da Restauração, localizado na cidade do Recife-PE, por ocasião do estágio curricular da pós-graduação em Psicologia Hospitalar.

Esse Hospital destina-se a atender pacientes provenientes de todas as regiões do Estado. Caracteriza-se como um hospital de emergência, acolhendo politraumatismos e diversas patologias.

No contato com os pacientes fora de possibilidades terapêuticas percebíamos que os mesmos permaneciam internados, na enfermaria citada, no aguardo de possíveis intervenções em nível paliativo. Como se trata de uma instituição de grande rotatividade, tais pacientes, quando considerados “estáveis”, e conseqüentemente, sem apresentar intercorrências, deixavam o hospital para retornarem ao seu ambiente familiar. No entanto, quando se tratava de pacientes com quadro avançado da doença, e necessidades permanentes de medidas terapêuticas, continuavam sendo assistidos na instituição, até a morte.

Como fruto dessa vivência, sentimos a necessidade de aprofundar os conhecimentos sobre Tanatologia, na tentativa de compreender como estes pacientes lidam e enfrentam o adoecimento e a iminência de morte, visto que a experiência neste hospital possibilitou-nos entrar em contato com o sofrimento e sentimentos envolvidos no processo de adoecimento e hospitalização dos pacientes e familiares.

Diante das dificuldades, limitações e imposições que a doença traz ao paciente, surgiram algumas inquietações que provocaram e solidificaram o presente estudo. Muito chamou-nos atenção o modo como cada um expressava a experiência do adoecimento.

Nossa questão centralizou-se naquele momento em que já quase nada se pode fazer, o limite da medicina, da suportabilidade do paciente, seus sentimentos e aflições. Diante deles, nos perguntávamos: como os pacientes fora de possibilidades terapêuticas lidam com os sentimentos desencadeados pela doença? Como se estabelece a sua capacidade de enfrentamento?

Receber o diagnóstico de uma doença que ameaça a vida leva o sujeito a questionamentos a respeito da mesma, seu sentido e significados. Pareceu-nos que uma doença potencialmente fatal constitui a perda da ilusão. A ilusão de um corpo perfeito, de invulnerabilidade, de imortalidade. Nos recônditos de nossa alma, percebemo-nos como eternos, mas, a morte deste corpo e desta identidade é real e aponta para o paciente como ser humano, como participante do seu processo de doença, sofrimento e finalmente da morte, como realidade existencial. Por outro lado, lidar com a perspectiva de morte é uma oportunidade ímpar de (re)significar o sentido da nossa existência.

O modo como cada paciente vive o momento de adoecimento dependerá de sua singularidade e da capacidade de enfrentamento de situações críticas ao longo de sua história. Sabemos que os mecanismos de defesa e os mecanismos adaptativos utilizados para isso facilitarão ou não a participação ativa do enfermo no controle e melhor aceitação de sua doença.

A vida e a morte ganham um esboço singular quando vislumbradas na ótica da pessoa que se percebe na perda gradativa da saúde e na contigüidade inevitável da finitude. A impotência, a sensação de insuficiência, a constante expectativa de morte, a descrença em relação às medidas terapêuticas disponíveis constituem, às vezes, uma espécie de paralisia diante da realidade dos limites dos tratamentos para a cura e das demandas relativas à preservação da qualidade de suas vidas.

Confrontar com estas questões é entrar em sofrimento e sobrepujar este sofrimento é forjar uma organização interna mais madura e mais próxima da realidade da vida que é a morte.

Morte, palavra que traz consigo muitos atributos, significados, associações e representações: dor, sofrimento, ruptura, interrupção, desconhecimento, tristeza. Designa o fim absoluto de um SER vivo. Numa posição antagônica, a morte coexiste com a vida, o que não a impede de ser angustiante, incutir medo e, ao mesmo tempo, ser palco de incessantes discussões.

Muito se têm falado a respeito dos problemas que permeiam a discussão em torno da morte. Estudiosos e pesquisadores de diversas áreas do conhecimento têm abordado o tema sob diversos olhares, na tentativa de lançar luz sobre as formas como a morte é representada e enfrentada pela sociedade atual.

Deste modo, sentimos a necessidade de enfatizar o fenômeno da morte a partir de um recorte teórico que perscruta da era cristã até os dias atuais buscando compreender os diversos sentidos assumidos pelo ser humano diante da morte.

Os povos da antiguidade temiam a morte e preservavam seus parentes mortos à distância, pelo temor que eles regressassem ao povoado (MARTINS, 1983).

A pessoa que pressentia a proximidade do seu fim, respeitando os atos cerimoniais estabelecidos, deitava-se no leito de seu quarto e ali era visitado por pessoas da comunidade. Era importante a presença dos parentes, amigos e vizinhos. Os ritos da morte eram realizados com simplicidade, sem dramaticidade ou gestos de emoção

excessivos. O sacerdote comparecia e o enfermo se confessava e recebia a comunhão. Em seguida, o sacerdote ministrava a extrema-unção (MARANHÃO, 1998).

Neste período histórico, a morte era o grande momento de transição. Transição fundamental, das coisas passageiras para as eternas, a morte era um rito de passagem. Ela era aguardada no leito de casa (ARIÉS, 2003).

Na Idade Média, a morte era tratada como um rito de passagem para a morada definitiva da alma, a morte era encarada com tranquilidade e resignação (MARTINS, 1983).

Foi preciso a Idade Média chegar a seu fim para que novas formas de compreensão da morte existissem.

A partir do séc. XVIII se apresenta uma nova idéia da morte, uma concepção nova, romântica, que do imaginário estende-se e completa-se no concreto: a morte como ruptura, algo admirável que foge ao cotidiano e que, interiorizado em obras de arte, iguala-se ao ato sexual como algo amoroso, apaixonado, onde o que se vê primeiro é o outro (ARIÉS, 2003).

Lentamente, a relação direta do homem com a morte mudou. De tão presente no passado, de tão familiar, a morte vai se apagando até desaparecer. Não dizemos que a angústia tenha desaparecido, mas que a demonstração desta é cada vez mais recalcada. Esvazia-se a carga dramática, ocorrendo uma interdição da manifestação pública da dor, gerando a obrigação de sofrer só e às escondidas. Uma dor demasiado visível passa.

Ariés (2003) explica que a aceleração do processo de interdição da morte deve ser atrelada ao deslocamento do lugar da morte. Já não se morre em casa, entre os seus. Foi retirada da casa a perturbação e a emoção excessivamente forte, insuportável, causadas pela indignidade da agonia e pela simples presença da morte em plena vida feliz. Passa a ser inconveniente morrer em casa. O autor indica que o hospital é o lugar que dá novo sentido ao ato de morrer. Instituições que surgem especialmente a partir do século XX, vêm interditando a morte enquanto experiência. No hospital, ela se resume a um fenômeno técnico, causado pela parada dos cuidados do médico, que é, naquele momento, o guardião da morte.

Gradativamente, a morte se torna silêncio, perde poder de evocação, mas não só porque deixou de ser vivenciada, mas também, ao passo em que a preservação da felicidade foi sendo priorizada pela sociedade ocidental.

Antigamente o homem medieval via a doença e a morte como algo natural e dessa forma estavam presentes no cotidiano de todos, sendo tratadas na própria casa do paciente. O doente não precisava esconder sua angústia assim como os familiares podiam se despedir e se preparar para a morte.

Sem deuses, festas e rituais, o homem contemporâneo vive a crise de aceitação do seu aspecto finito, já que a morte é talvez o único aspecto em que a racionalidade ocidental não conseguiu desvendar a ponto de minimizar seus medos.

Atualmente, procura-se distanciar a morte das conversas cotidianas, acabando por fazer desse tema um grande tabu, pois mistificá-la só faz redobrar cada vez mais os medos e receios. Conhecer a morte é recusar uma obsessão, mas também o seu esquecimento é procurar integrá-la na nossa vida a fim de valorizarmos e buscarmos melhores condições de existência. Até porque quase tudo na natureza não foge a essa concepção de começo, meio e fim, pois a morte está em toda a parte enquanto processo.

Ao mesmo tempo em que a morte suscita angústia e medo ela exerce um grande fascínio e volúpia nas mentes humanas e, de alguma forma, a vida funciona como uma organização em que a morte seria seu fim. Viver só parece ter sentido a partir do momento em que tomamos consciência da finitude das coisas humanas, pois o respeito pela vida passa pela aceitação natural da morte.

Quando abordamos o tema da morte, tão amplo e complexo, vendo-a como um processo e não como um momento, concluímos que ela faz parte do desenvolvimento humano.

A doença, uma vez diagnosticada como crônica, implica para o seu portador um processo a ser vivido ao longo da vida. Pode levar a perdas graduais no seu estado de saúde e envolver sentimentos relacionados a essas perdas, refletindo em conseqüências para sua vida cotidiana, difíceis de suportar.

Instala-se, portanto, uma crise de identidade. Daí o sentido dos questionamentos existenciais. A necessidade de adaptação à nova condição leva o sujeito a reelaborar, negativa ou positivamente, sua vida.

Os pacientes, de um modo geral, são surpreendidos pela doença e pela hospitalização, tendo que deixar seus compromissos para serem resolvidos, sua família sem assistência e, além disso, tem de *mudar-se* para um ambiente estranho e impessoal, levando como bagagem a dor, o medo e a incerteza. O processo de hospitalização pode ser percebido como agressivo e doloroso, além de inevitável e inadiável.

Ao sofrer uma internação hospitalar os pacientes tendem a experienciar um momento de suspensão, ficam no *entre...*, entre o antes e o depois da internação, entre a espera para realizar um exame e obter seus resultados, entre o tempo para se recuperar e obter alta... Neste processo o paciente vive para o *quando sair do hospital, quando melhorar, depois que fizer a cirurgia*. Não é possível se ver na situação de internação hospitalar realizando atividades que não sejam da rotina do hospital. Esse parece um espaço do vazio, de impotência, de paralisia.

Frente a esta condição o sujeito precisa significar e (re)significar sua existência, pois a própria está vulnerável à doença e procura meios para minimizar a dor e *adoçar* a vida. O seu SER no mundo fica abalado, mas não destruído pela doença. É necessária uma força emergir da crise. O *eu* em primeira pessoa, vivo diante da “doçura” possível da vida.

Vivenciando perdas, o paciente enfrenta vários processos de luto, passando por várias fases, assumindo novos papéis e utilizando várias formas de enfrentamento (ações internas ou externas que as pessoas utilizam para lidarem com situações estressantes) para suportar tantas modificações que precisa fazer em sua vida. Luto pelo corpo saudável, luto por todas as restrições e limitações impostas em termos das atividades cotidianas, luto pelo futuro. É a constatação de se ESTAR doente.

A ameaça de perda gera muita ansiedade, causa tristeza e desperta raiva. É importante frisar que uma perda traz, invariavelmente, perdas secundárias. E, em casos de doenças crônicas, com iminência de morte, as perdas podem ganhar grandes proporções, atingir as várias esferas que constituem a vida de um sujeito e comprometer sua vida pessoal, afetiva, social, espiritual e profissional. A primeira é a perda da saúde, que acaba com a fantasia de imortalidade e indestrutibilidade, que mobiliza sentimentos de negação, medo, raiva e desespero. Com isto, aparece a perda da identidade, do referencial de si, não ter controle sobre a própria vida. Aquilo que antes parecia uma certeza (quem sou eu, o que eu faço, etc...) mudou e novas perspectivas terão que ser encontradas.

A vida constitui-se de um constante fluxo de mortes e renascimentos, de perdas e aquisições. O entendimento e a assimilação de cada perda diária é oportunidade para transmutar experiências negativas em compreensão para avaliar como enfrentar a morte e conscientizar-se da finitude. Com esta visão, torna-se mais fácil o ser humano lidar com sua finitude e com a impermanência e, conseqüentemente, com as emoções e sentimentos advindos delas.

A relação do paciente com a doença não é objetiva, não se trata de um corpo que toma posse de uma doença, ou vice-versa. Aceitar a doença significa também aceitar os limites e a nova situação estabelecida.

Diante de toda esta situação, o psicólogo que trabalha com este paciente atuará junto ao SER doente, no sentido de ajudá-lo a resgatar sua essência de vida que foi interrompida pela ocorrência do fenômeno doença. Nesse sentido, o psicólogo considera o ser humano em sua globalidade e integridade, única em suas condições pessoais, com seus direitos humanamente definidos e respeitados (ANGERAMI-CAMON, 2003).

Quando o paciente sente-se capaz e quer estabelecer um vínculo com o profissional de psicologia, o trabalho pode se desdobrar, de modo a facilitar a elaboração da experiência. O fato de tomar consciência da finitude da vida, muitas vezes, traz reflexões importantes que até permitem encerrar questões pendentes. E o psicólogo pode favorecer ao paciente experienciar e elaborar suas vivências, uma vez que, evocadas estas podem ser re-experenciadas e progressivamente compreendidas, a fim de que possam ser refletidas de forma que os permitam alcançar a descoberta de novos significados para essa experiência. Desse modo, transformando o significado, transforma-se o modo do paciente sentir a realidade e de se comportar diante dela.

A doença precisa ser percebida pelo paciente como a abertura para novas possibilidades existenciais a partir do confronto com determinados impedimentos. Se

o sujeito não se permite mergulhar no próprio adoecimento e perceber o que ele quer dizer, ou como vem fazendo parte de sua vida, dificilmente poderá enfrentar as dificuldades que se apresentarem como desafios. A exploração de si mesmo, o confronto com toda a gama de bloqueios e cristalizações que participam do contato e da relação sujeito-ambiente deve surgir como um processo ativo e delineador de uma conscientização fluida, inteira, da totalidade fenomenológico-existencial.



E este mergulho implica também em reconhecer-se frágil, portador de limites próprios, fruto de experiências *deformadas* na interação com o meio. Significa, ainda, admitir que, inúmeras vezes, o que fez parte do desenvolvimento pessoal foi uma sucessão de desconirmações, desvalorizações e insatisfações que culminaram numa opressão das habilidades em transformar o disfuncional em funcional. O adoecer vem espelhar uma das facetas deste limiar entre a dor e a realidade da condição humana.

A atuação do psicólogo neste contexto precisa ser pautada por uma escuta ativa, por uma disponibilidade interna para ouvir os conteúdos relacionados à morte e ao morrer, facilitando, dessa forma, que o paciente possa expressar seus sentimentos, favorecendo uma melhor elaboração da experiência. É ter uma experiência com o paciente, no presente, no momento crítico pelo qual ele passa. O principal é deixar emergir todo e qualquer fenômeno resultante do encontro.

A família também precisa se reorganizar e adaptar-se à nova situação, pois o paciente vai necessitar de cuidados. Os papéis e funções precisam ser repensados e distribuídos de forma que facilite ao paciente a elaboração de sentimentos negativos ocasionados pelo processo de adoecimento. A família pode ter papel fundamental na aceitação e enfrentamento da doença, pois, nesse sentido, o paciente tende a aceitar melhor sua condição, sentindo-se apoiado e parte integrante da família.

Desse modo, a atuação do psicólogo no sistema familiar facilita as mudanças de percepção, promovendo atitudes de responsabilidade participativa e comprometimento com o que lhe é solicitado durante o tratamento.

Através deste estudo sobre a morte, o morrer e seus desvelamentos, esperamos contribuir e despertar reflexões sobre os múltiplos aspectos que envolvem tal fenômeno. E principalmente conjecturar diante deste e, sobretudo, re-pensar as ações psicológicas nesse novo contexto de adoecimento e sofrimento que acomete o paciente levando-o a perder um bem tão precioso: a vida saudável. A despedida da vida no processo de morte.

## REFERÊNCIAS

ANGERAMI–CAMON, Valdemar A. (Org.). *A psicologia no hospital*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

ARIES, Philippe. *História da morte no Ocidente*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.

KOVÁCS, M.J. *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

MARANHÃO, José Luiz de Souza. *O que é a morte*. São Paulo: Brasiliense, 1998.

MARTINS, J. S. *A morte e os mortos na sociedade brasileira*. São Paulo: Hucitec, 1983.

### Endereço para correspondência:

Viviane Domingos da C. S. Bantim

e-mail: [viviane.dcs@gmail.com](mailto:viviane.dcs@gmail.com)

**Recebido em: 14 / 06 / 2008.**

**Aprovado em: 13 / 10 / 2008.**