

DOR, SOFRIMENTO, MORTE E CUIDADO A SAÚDE

[Pain, suffering, death and health care]

*Renata Curi Labate**
*Maria Alice Pereira***

RESUMO: Através de reflexões sobre a temática do sofrer, o trabalho aborda a importância da consideração da experiência do sofrimento, na assistência humanizada à saúde. Ressalta a história do sofrimento humano, assim como a necessidade de melhor compreensão de quem sofre. Evidencia a necessidade do acolhimento, do estabelecimento de vínculos e atitudes do profissional de saúde na assistência à pessoa, podendo dessa forma abrir caminhos para estar com o outro, ampliando a compreensão do processo de viver.

PALAVRAS CHAVES: Prestação de cuidados de saúde; Acolhimento; Relações enfermeiro-paciente

Frequentemente as pessoas estão satisfeitas por aceitar a vida da forma como ela se apresenta quando as coisas vão razoavelmente bem, preferindo evitar as questões perturbadoras do propósito e significado da vida porque isto implica em sofrer, que faz parte do viver.

Em época de maiores dificuldades, a questão do objetivo ou significado da vida impõe-se à nossa consciência. Quanto maior a dificuldade que experimentamos, mais premente se torna a questão para nós.

Assim faz sentido dizer que começamos a preocupar-nos com o significado da vida quando já vivemos experiências de sofrimento.

HISTORIANDO O SOFRIMENTO

Os primitivos consideravam que as desgraças individuais e cósmicas eram reflexos de poderes sobre-humanos de que o homem era vítima e que diante dos quais procuravam proteção recorrendo a ritos mágicos, sem renunciar a processos de defesa pessoal.

Culturas judaicas e gregas deram destaque a corresponsabilidade pessoal. Na época moderna o marxismo denunciou os condicionamentos sociais e a psicanálise tem se voltado para os aspectos ligados ao inconsciente.

Segundo Lepargneur (1987), durante uma parte da história da humanidade, a maior fonte de dor foi a natureza com suas intempéries oferecendo perigo ao homo sapiens.

Durante a segunda fase da história da dor, época da filosofia grega ou vigências de mitos africanos, a dor se fazia através do destino e das necessidades.

Durante a terceira parte da história humana da dor, a principal fonte do sofrimento parece ter sido interna: foram as crenças e magias as facções étnicas e religiões culpabilizadoras, sempre aliadas ao medo, torturando a mente e a consciência no horizonte de valores eminentes. Freud foi o grande caçador dos fantasmas desta época.

Durante a quarta e atual fase da história da dor, já não é a natureza, o destino ou o ego que é julgado principal responsável pela dialética dor-sossego, mas a própria sociedade. A mesma é responsável pelas dores das massas e os sofrimentos das elites; da sociedade não se espera apenas uma organização que assegure a paz e as condições da felicidade, exige-se que se eleve ao conceito do Estado-Providência-Providência que medicalize a dor, suprima preventivamente suas raízes e realize utopias que frutifiquem em ideias e conceitos diversos nas pessoas.

Alguns reconhecem o capitalismo democrático, outros, o socialismo como a promessa da sociedade que possa dominar para eliminar os principais sofrimentos humanos e como solução social às dores da humanidade.

Instintivamente concebemos a vida como saúde e bem estar e o sofrimento como incidente infeliz que pode atravessar o nosso caminho.

O sofrimento entra como elemento constitutivo da nossa existência e pode auxiliar na compreensão da vida, isto significa admitir também a realidade do sofrimento, a finitude da vida com a morte.

Pensando no sofrimento do homem ocidental, uma tendência presente é a colocação do seu sofrimento nas mãos do outro, como exemplo: a família, a sociedade, o governo, o atendimento de saúde, erros de outros sem levar em conta sua parte de responsabilidade pelo próprio sofrimento, adquirindo assim a postura de vítima.

Segundo Fiore e Goffi (1989) a necessidade do ter, os avanços tecnológicos, uma crescente sensibilidade psicológica, são fatores que provocam também uma sensibilidade por toda a forma de sofrimento ou busca de

* Professora Doutora junto ao Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo.

** Professora Doutora junto ao Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo.

soluções imediatas. O homem contemporâneo parece não suportar esperar ou sofrer, e alguns fatos evidenciam essa questão como o uso excessivo de medicamentos, aumento do consumismo, a repetição exagerada de exames clínicos. De acordo com estes autores, o recurso à droga, o suicídio, os acidentes e os atos de violência, inclusive homicidas, por motivos políticos ou por delinquência comum são parte desta mentalidade de libertar-se do sofrimento quanto antes e seja lá de que modo for.

O progresso, as pesquisas, os avanços da ciência trouxeram uma multiplicação de meios técnicos e paralelo a isso, o que se nota é que o homem contemporâneo é mais frágil diante do sofrer. O sofrimento traz a destruição das possíveis fantasias, seguranças, provoca crises e pode estimular a revisão de toda a maneira de viver e ver a vida, trazendo amadurecimento.

Esse pensar nos leva à reflexão da importância do conhecer-se a si mesmo, da capacidade de nos aceitarmos a nós mesmos para podermos aceitar e nos relacionar com o outro, dentro das limitações, do respeito recíproco. Isso poderá conduzir-nos à solidariedade e ao encontro com o outro e a maior valorização da alegria, dos momentos bons, o resgate da esperança contida na vida.

A existência humana traz frustrações, perdas, alegrias, culpas, dores, encontros e a atitude que cada ser humano tem diante desses sentimentos, vai delinear se a experiência pode consistir-se na possibilidade de viver esses sentimentos, experimentando-os, interpretando-os como sina ou se os assume como desafio ou como uma possibilidade de mobilizar forças físicas e psíquicas que poderão conduzir a uma nova compreensão.

Consideramos que todo o peso do sofrimento, o horror do fracasso não deve ser esquecido ou reprimido. Seria irrisório tentar contrapesar o sofrimento terrível como possível. Isso pode acontecer de maneira superficial ou mesmo piegas: ‘Todo sofrimento tem também seus aspectos positivos’.

A ambivalência do fracasso não deve ser desconsiderada. É importante que levemos a sério a história do sofrimento humano, e para isso torna-se imprescindível o ouvir de quem sofre.

Lembramos também a existência das várias causas sociais que produzem o fracasso humano quando vivemos numa sociedade que desconsidera através de muitas formas a própria vida, sufocando-o, estrangulando-a, tornando-a uma vida moribunda. Dados assustadores nos revelam o crescimento da mortalidade infantil, a violência, extermínios de menores, a extinção de espécies animais e plantas.

Dentro de um modelo médico de atenção à saúde, o doente é sempre o outro, alguém distante e que não diz muito respeito, que não deve “perturbar” o andamento e do qual é bom manter-se sem muito envolvimento. Dessa forma, percebe-se a existência de um atendimento muitas vezes baseado na técnica e dissociado da própria condição humana.

Em geral, o que vemos é que as reformas sanitárias apontam para as leis e as estruturas, mas percebe-se que permanece um vazio, uma falta que se consiste na atenção à saúde baseada na humanização da assistência. Humanização essa não voltada tão somente ao curar, mas sim no cuidado à pessoa, com todas as implicações trazidas pela questão.

O que nos leva a refletir que é preciso mais do que renovar ou reformular estruturas; faz-se necessário uma transformação de comportamento dos profissionais de saúde e de atitudes que dêem vida às próprias estruturas, desenvolvendo-se assim no amplo caminho do poder ouvir, estar, ser solidário sem a preocupação de ser assertivo e sim poder realizado ou fazer parte do encontro de pessoas.

O ser humano tem dificuldade no enfrentamento do sofrimento; ele geralmente é detestado, se possível, que fique muito longe, um sofrer inexplicável. Para enfrentar essa dificuldade, cada sociedade desenvolve uma série de ideias e práticas que podem ser invocadas para explicar a causa do sofrer, da doença, do morrer.

Em nossa sociedade, atualmente percebe-se um preocupação que enfatiza a questão do sofrimento, do cuidar, juntamente com os avanços tecnológicos, uma preocupação com questões inerentes à própria condição de seres humanos: nascer, viver, sofrer, morrer. Essa preocupação tem sido evidenciada em países de primeiro mundo, e o que se vê é que essa ideia tem sido disseminada em outros países por diferentes formas. As mesmas aparecem desde manifestação artística e discussões em eventos científicos que trazem como temática a questão do humanizar a assistência ao sofrer.

A assistência integral ao homem, implícita aqui as suas necessidades físicas, espirituais, emocionais, têm emergido nos currículos universitários, nos congressos, nas discussões acadêmicas, nas discussões intrainstitucionais, o que denota uma preocupação para a emergente abordagem do cuidar, dando ênfase na importância da assistência integral ao homem.

Queremos enfatizar neste estudo a opção denominada Hospice.

Hospice - local de assistência integral humanizada, solidária e acolhedora a pessoas que “teoricamente” estão no processo do morrer.

A ideia de hospício, da Idade Média, inspirou a criação do Hospice.

Hospice é uma palavra latina que significa hóspede, convidado. Daí Hospitum ou Hospício onde os viajantes eram recebidos como hóspedes. O hospício era mantido por uma comunidade de pessoas, geralmente uma ordem religiosa, que cuidava dos viajantes e doentes.

O sentido atual do hospice, como centro dedicado à atenção aos pacientes terminais, surgiu no início do século passado quando a irmã Mary Aikenhead, da Congregação

das Irmãs Irlandesas de Caridade, fundou em Dublin, o “Our Lady’s Hospice”.

Em 1905 foi fundado pela mesma congregação o Saint Joseph’s Hospice, em Londres e neste local iniciou-se o uso racional da farmacologia para controlar sintomas físicos dos doentes e se preocupou em valorizar a importância da atenção psicossocial e espiritual à esses pacientes.

Cicely Saunders, médica britânica, treinada como enfermeira formada em filosofia, política econômica e administração pública, liderou no início de 1960, um novo trabalho comprometido em oferecer cuidados a doentes desenganados com preocupação ou atendê-los com humanidade e carinho. Em 1967, foi inaugurado o Hospice de Londres, batizado com o nome de Saint Christopher’s o santo padroeiro dos viajantes. O mesmo foi resultado de doações particulares que permitiram colocar em prática a larga experiência da doutora Saunders na assistência com os pacientes terminais, primeiramente como enfermeira, como assistente social e como médica.

Nos hospices, as pessoas internadas não são tratadas como simples pacientes: têm ali um lugar que procura ser o mais possível confortável, de convivência com seus e as suas coisas (flores, animais de estimação, crianças, etc). Elas são cuidadas em todas as suas necessidades físicas, mas principalmente, atendidas em suas necessidades espirituais e emocionais.

Não se trata de um hospital para curar pessoas, mas de um lugar semelhante a um lar, onde os doentes, às portas da morte, são cuidados de uma forma global.

Os pacientes, mesmo as crianças, são encorajados a vir e ficar com seus entes. Os pacientes podem movimentar-se à vontade, quando possível, e também tomar a alimentação no refeitório, se preferirem e o puderem fazer. Toda a atmosfera do lugar adquire um ar familiar.

O hospice é algo mais que um simples edifício: é toda uma filosofia, que pretende dar uma resposta à problemática dos pacientes terminais e seus familiares.

Para Dr.^a Saunders há a consideração da dor total e o hospice entende que não existe somente dor física, mas também dor psíquica espiritual e social, que deve ser levado em consideração.

A solidariedade, o aconchego, a capacidade para o cuidar, o modo de pensar, ver o ser humano em toda sua dimensão humana e espiritual são determinantes fundamentais no hospice.

O movimento dos hospices na Grã-Bretanha atualmente conta com 11.100 instituições com 2.300 leitos.

Cerca de 40 mil dos 140 mil britânicos que morrem de câncer, por ano, morrem num hospice ou recebem em casa cuidados de 400 enfermeiros especializados.

Nos Estados Unidos o primeiro hospice surgiu em 1971 em New Haven, Connecticut.

Através de encontros, seminários que enfocavam o assunto a ideia continuou a expandir-se e em 1967 foi criada a disciplina de tanatologia na Escola de Médicos e Cirurgiões da Universidade de Columbia.

Nessa mesma época Elizabeth Kubler-Ross (1994) trouxe grande colaboração para os estudos sobre a compreensão e assistência à pessoa em fase terminal, mostrando como pouco se sabia a respeito do processo do morrer, não somente por parte dos pacientes, mas, também por parte dos profissionais de saúde tentando assim derrubar o muro do silêncio em torno dessa temática.

Faz-se necessário o reconhecimento pela grande contribuição de Kubler-Ross que desenvolveu um quadro descritivo dos estágios do morrer (negação, revolta, barganha, depressão e aceitação) e da contribuição dada por Saunders que formulou uma filosofia prática e institucional de cuidar dos pacientes no ciclo final da vida.

A dificuldade da equipe ou dos profissionais de saúde em lidarem com os aspectos emocionais, com a dor mental do paciente tem sido abordada por alguns autores como Cassorla (1991) que enfoca a importância de que o profissional de saúde perceba seus sentimentos contratransferenciais, produto das identificações projetivas do paciente (e de seus próprios conflitos), e tente aprender a lidar com eles.

A questão da transferência-contratransferência na relação equipe-paciente tem sido abordada evidenciando-se nesse estudo a grande necessidade de uma compreensão mais ampla no vasto caminhar da humanização da assistência à pessoa.

A questão da dor do sofrer, do morrer trazem no seu cerne a condição humana e a finitude da vida; aflorando incertezas, inseguranças, inquietações diante da facticidade da existência.

Boemer (1986) traz essa questão quando diz que:

“Uma vez declarado o estado de termina/idade, os pacientes ficam muito sós, queixam-se que o médico não vai mais ao seu quarto; a extensão da prescrição médica aumenta e tende a tornar-se repetitiva atendendo-se mais a cuidados gerais e dieta, no sentido de manutenção da integridade biológica dos pacientes” (p. 1).

São prescritos medicamentos para sedação da dor.

“Os pacientes queixam-se que os elementos da equipe de enfermagem limitam-se a dar-lhes os cuidados mínimos, permanecendo na enfermaria apenas o tempo necessário para tal, e isto indica a meu ver, a inexistência de uma proposta de aproximação a este paciente, de estar-com-ele em sua situação de terminalidade por parte do pessoal de enfermagem. Quando alguém da equipe se propõe a atuar sob esse enfoque, o faz por iniciativa pessoal e não por que essa seja uma filosofia do serviço” (p.3).

Para a autora, fica evidenciado que para a equipe de enfermagem, quando ocorre a morte é o momento em que há tecnicamente algo concreto para fazer, é grande o fluxo de funcionários à enfermaria, cada um se desincumbindo de parte das tarefas para que o corpo seja retirado o mais breve: hospital-local para cura, para saúde, não há espaço para morrer.

E os mecanismos usados pelo profissional para a “defesa” da eclosão dos sentimentos diante de situações trazidas pelo assistir a pessoa são inúmeros. Esses mecanismos somados aos significados, valores e ideias dadas à doença contribuem para o escamoteamento do sofrer, do morrer, do viver.

Pensamos que essa temática: sofrimento, mobiliza inúmeras questões capazes de nos dar a dimensão do quanto nos sentimos iniciantes ao tentar escrever sobre ela.

Nossas incertezas, inseguranças, limitações ficam mais presentes na inexistência de receitas particulares frente ao sentir do homem.

Acreditamos que o caminho não é explicar o sofrimento, pois não se trata de explicar e sim de senti-lo. Quando isso se torna possível, provavelmente abrimos um caminho para estarmos com o outro.

Para Cassorla (1991) a solidariedade, a esperança, o afeto a compreensão são remédios tão úteis quanto as drogas que conhecemos hoje. E para isso, há necessidade de um vínculo forte de confiança e acolhimento, que muitas vezes a equipe de saúde pode oferecer.

Sabemos que essa condição de oferecer muitas vezes fica bloqueada, impedida inclusive pela formação do profissional que é impulsionado a negar seus sentimentos.

A negação dos mesmos, a negação do sofrer, a negação da morte começa no início da vida acadêmica nas aulas de anatomia, onde se despreza ou se dissocia a morte, depois ao iniciarmos os estágios temos medo, dúvidas, receios de demonstrarmos nossos sentimentos e esses vão sendo mal elaborados no decorrer da própria vida profissional. Será que a desumanização do paciente e do profissional não é uma forma de morte?

Parece-nos que estamos refletindo uma longa caminhada, pois a perplexidade a incerteza e o medo são comuns na trajetória. Quem sabe compartilhados poderão ser olhados de maneira menos fechada e mais eficaz.

A psicanálise descobriu que existe na vida do homem, determinações derivadas do inconsciente e o homem viu-se não mais senhor de seus atos e comportamentos.

A tomada de consciência da morte, da finitude do ser humano, constitui-se em um entrave e aflora a realidade de não sabermos, e é angustiante admitir o não saber, esse é um momento de sofrimento para nós seres humanos.

O problema do sofrimento pessoal não pode ser explicado: nenhuma razão convence ou consola quem sofre (Jó 10, 1-3; 13; 14, 16s.). O mesmo aparece sempre no processo do viver mas a presença, o olhar, o ouvir, o poder ser congruente

e estabelecer do nascer-viver-morrer.

Alves (1991) nos diz: “A morte não é algo que nos espera no fim. É companheira silenciosa que fala com voz branda, sem querer nos aterrorizar, dizendo sempre a verdade e nos convidando à sabedoria de viver. Na verdade, a morte nunca fala sobre si mesma. Ela sempre fala sobre aquilo que estamos fazendo com a própria vida, as perdas, os sonhos que não sonhamos, os riscos que não tomamos, os suicídios lentos que perpetuamos”, (p.12)

Num tempo de progressos científicos, vemos que a valorização da tecnologia atual não nos torna potentes frente à vida ou à morte. Há limites e condições de nossas possibilidades, isto é; não nos torna imortais, mas há possibilidades também de estarmos com o outro, de podermos ampliar nossa compreensão da morte e da vida. Isso propicia o melhor de nossos papéis de profissionais que lidam com gente: repensando no dia a dia as nossas experiências e a de nossos semelhantes tornando-as mais digna de serem vividas.

ABSTRACT: Through reflections about the thematic of suffering, this study considers the importance of the experience of suffering in a humanized health care. It emphasizes the history of human suffering as well as the need for a better comprehension of the ones who are suffering. It also evidences the necessity of being well received and establishing links with the health professional and then be able to open ways to be with the other as well as amplify the comprehension of the process of living.

KEY WORD: Delivery of health care; Nurse-patient relations; Reception

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALVES, R.A. A morte como conselheira. In: CASSORLA, R.M.S. (Coord). **Da morte: estudos brasileiros**. Campinas: Papirus, 1991. p.12
2. BOEMER, M.R. **A morte e o morrer**. São Paulo: Cortez, 1986.
3. CASSORLA, R. M. S. Lidando com AIDS: uma experiência de supervisão de equipe multiprofissional. In: **Da morte: Estudos Brasileiros**. Campinas: Papirus, 1991.p.235-36.
4. FIORES, S.; GOFFI, T. **Dicionário de espiritualidade**. São Paulo: Edições Paulinas, 1989.
5. LEPARGNEUR, H. **O doente, a doença e a morte**. Campinas: Papirus, 1987.
6. KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 6 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

Endereço dos autores:
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP
Av. Bandeirantes, 3900
14040-902 - Ribeirão Preto - SP
Fone: (016) 602-3390 ou 602-3404
Fax: (016) 633-3271