

MORTE

*Jacqueline Maria Fonseca Abraham**
*Vanderlei Carraro***

RESUMO: Trata da morte iminente. São enfocados aspectos fisiopatológicos, manifestações clínicas, aspectos psicológicos e ações de enfermagem diante de tal situação.

INTRODUÇÃO

Durante os estágios como acadêmica do 7º semestre da Escola de Enfermagem da UFRGS, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), fiz a admissão de um paciente, portador de cardiopatia e que se apresentava com intensa dispnéia. Acompanhei, de perto, sua evolução clínica durante, aproximadamente, três semanas na Unidade de Cuidados Intermediários. Depois, meu estágio terminou nessa Unidade mas, oportunamente, eu o visitava e conversava com os familiares, inclusive após sua transferência para a Unidade de Internação.

Dia 01 de junho de 1983, dirigi-me ao leito 719C e encontrei outro paciente em seu lugar.

"Morreu, segunda-feira, dia 30. O marca-passo dele é esse aqui, foi doado pela família. . ." (informou a enfermeira da Unidade).

E pensei: "não esperava encontrar apenas o marca-passo. . ."

A necessidade em encontrar o paciente com vida, mesmo sabendo que estava em fase terminal, é que me motivou a elaborar este trabalho, porque não é negando a morte que se pode afastá-la dos pacientes.

*Estudante do 7º semestre da Escola de Enfermagem da UFRGS.

**Professor Assistente da Escola de Enfermagem da UFRGS, orientador do trabalho.

REVISÃO DA LITERATURA

No momento do óbito de pacientes, qualquer definição de morte parece grosseiramente incompleta se não se afastar sentimentos de perda e impotência diante do fato.

Através das definições, entretanto, compreende-se que a vida acaba em diferentes espaços de tempo, sucessivamente em etapas, no mesmo ser humano. A explicação é biológica e considera cada célula do organismo.

Segundo BOGLIOLO³ causas patológicas múltiplas e variadas provocam a morte celular: as que interferem no suprimento e utilização de oxigênio, as que impedem o funcionamento dos sistemas enzimáticos intracelulares pela inibição e destruição dos mesmos, as que destroem as células por coagulação citoplasmática ou pela ruptura da membrana celular. As causas anóxicas ou isquêmicas são mais comuns, estão geralmente subordinadas à supressão da corrente circulatória produzindo isquemia brusca e hipóxia aguda, levando à necrose.

FRANÇA⁴ refere que a morte não é simplesmente um momento ou um instante, mas um verdadeiro processo.

BELAND¹, por outro lado, define a morte em dois níveis: clínico e biológico. Diz que morte clínica é o momento em que o indivíduo deixa de funcionar como um organismo e morte biológica é o momento em que os órgãos deixam de funcionar — ocorre em diferentes velocidades nos diferentes tecidos, sendo que, os processos hepáticos e renais continuam por períodos variados de tempo, enquanto tecidos cerebrais e cardíacos já necrosaram. No mesmo cérebro, células em diferentes localizações morrem com velocidades diferentes.

É importante ressaltar que para a enfermagem são relevantes as definições fundamentadas em sinais clínicos de óbito. Vários autores, citados por FRANÇA⁴, tem um consenso ao estabelecerem esses sinais e utilizam de maneira significativa os critérios cerebrais: inconsciência total, ausência total dos reflexos, nenhuma respiração espontânea quando se para o respirador artificial de três a cinco minutos, EEG de linha Flat sem ritmo em todas as derivações, em pelo menos 60 minutos de registro contínuo. Existe, todavia, oposição aos critérios exclusivamente cerebrais, fundamentada no princípio de que a morte é a paralização das funções respiratórias, cardíacas e cerebrais, por um tempo razoável que não deixa dúvidas quanto à permanência de vida, porque esta é a harmonia da unidade biopsíquica em seu aspecto funcional e orgânico (FRANÇA⁴).

As discussões a respeito de morte cerebral e morte circulatória surgiram a partir dos processos de transplante de órgãos.

Não encontrando autores que se referem unicamente à morte circulatória, questioneei a respeito de quando nós, da enfermagem, consideramos o paciente morto. Observo que não trabalhamos, com a morte cerebral pois os cuidados e a assistência de enfermagem persistem até a morte circulatória.

A MORTE IMINENTE: SINAIS INDICATIVOS

De acordo com DU GAS², GUIMARÃES⁶ e PIMENTEL⁹, é fundamental o reconhecimento dos sinais clínicos da iminência da morte, para que a enfermeira possa atuar sem embaraço, assistindo integralmente o paciente neste momento. Enfatizam o conhecimento científico da situação de morte, os aspectos fisiopatológicos como relevantes na determinação de todo um quadro clínico e seu prognóstico. A partir desse entendimento, poderá orientar a equipe de enfermagem e fará um plano assistencial englobando a assistência física, mental e espiritual do paciente. Isso porque o paciente portador de uma enfermidade de evolução fatal não deve ser considerado como se já estivesse morto.

Quando os autores descrevem a aproximação da morte através de alterações fisiopatológicas evidentes, não especificam o tipo de paciente ou patologia; as descrições referem-se à morte de forma generalizada.

Conforme WARNER¹¹, há uma seqüência, claramente delineada, no processo de morte: a sensibilidade do paciente, a mobilidade e os reflexos desaparecem primeiro nas pernas e diminuem nos braços; à medida que a circulação periférica vai diminuindo há um suor abundante, que provoca baixa da temperatura; a cabeça volta-se sempre para a luz; o sentido do tato diminui, embora ainda possa sentir pressão; a dor pode estar presente durante todo o processo; geralmente conserva a consciência até o fim; a preocupação com o elemento espiritual torna-se mais intensa, especialmente à noite; parece haver um intervalo de paz, imediatamente antes da morte.

Já para SOUZA¹⁰ e DU GAS² os sinais clínicos são: pulso rápido e irregular, respiração irregular e por vezes ruidosa, movimentação incessante, relaxamento muscular com cessação progressiva do peristaltismo e perda do tônus muscular, sudorese abundante e sede intensa

pele pálida e fria, manchas cianóticas nos membros inferiores, circulação lenta, desaparecimento gradual dos reflexos, olhos vidrados e semi-cerrados, perda dos sentidos, queda da mandíbula.

Resumidamente, SOUZA¹⁰ explica que alterações do pulso, da respiração e da temperatura são devidas principalmente, às perturbações circulatórias. A diminuição geral da velocidade circulatória das extremidades inferiores para cima, evidencia-se pelo resfriamento, em virtude da insuficiência da circulação periférica. O coração, em geral, continua a bater após a parada da respiração. O pulso radial desaparece gradualmente, sendo possível verificar apenas o pulso apical. À medida que se acentua a insuficiência circulatória periférica, a superfície corporal torna-se fria, aumenta a sudorese; o paciente, todavia sente-se quente; a sua inquietação pode ser devido à sensação de calor.

A respiração pode ser rápida e superficial, ou anormalmente lenta; muitas vezes apresenta-se com ritmo de Cheyne Stokes. Observa-se a mandíbula pendente e as bochechas flácidas, movimentando-se a cada movimento respiratório. A transpiração excessiva provoca sede. A deglutição torna-se gradualmente, mais difícil até que o paciente não pode mais deglutir. Devido à afagia, o muco pode acumular-se na orofaringe e o ar, passando pelas secreções pode produzir um ruído gorgolejante (SOUZA¹⁰).

Devido ao relaxamento completo dos músculos, o corpo assume a posição de decúbito dorsal, e o paciente não é capaz de mudar de posição. O peristaltismo pode parar e os esfíncteres, anal e vesical, ficarem relaxados; o estômago pode se distender passivamente com o que for deglutido (SOUZA¹⁰).

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE AGONIZANTE

Segundo BELAND¹ é importante a citação de Florence Nightingale, em *Notes on Nursing*, na qual se deve dar tanta atenção à influência do corpo sobre a mente, como se dá o inverso.

Serão citados, a seguir, alguns cuidados básicos de enfermagem, ressaltando que se deve considerar o paciente individualmente. A assistência, portanto, deve ser voltada para esse fim, mesmo que seu quadro clínico seja semelhante a centenas de outros pacientes.

De acordo com SOUZA¹⁰ esta assistência basicamente, é a seguinte:

- observar sinais vitais;
- manter o paciente limpo, confortável;
- proteger a cama com grades, se o paciente estiver agitado;
- manter o ambiente calmo, silencioso, em semi-penumbra;
- fazer mudança de decúbito;
- observar eliminações;
- fazer balanço hídrico;
- manter cuidados com sondas vesical e nasogástrica;
- controlar e observar administração O₂ ;
- aspirar cânula traqueal;
- compressas úmidas sobre pálpebras, evitando queratinização da córnea;
- umedecer lábios e língua com algodão ou gaze embebida em solução bicarbonatada;
- observar, anotar e comunicar imediatamente ao médico qualquer anormalidade;
- manter curativos limpos.

Quando se prepara um plano de assistência ao paciente agonizante, ocorre a separação da parte física da emocional. Entretanto, na prática essa separação não existe pois o consideramos como um todo, biológico-psicológico-sociológico.

A morte é uma situação de crise e o indivíduo mobiliza-se emocionalmente para enfrentá-la. Assim, a tensão inicia quando ele identifica o problema e tenta resolvê-lo diante de mecanismos, utilizados em crises anteriores e que tiveram êxito. Negação, raiva, barganha são os mecanismos mais comuns. Ao tomar conhecimento da fase terminal de sua doença reage: "não, eu não, não pode ser verdade" (KÜBLER-ROSS⁷). Este é a negação. Se o mecanismo não obtiver resultado, se não resolve o problema, a tensão aumenta, surge angústia e inquietude. Nesse momento, o paciente torna-se susceptível às opiniões e conselhos. Aqui pode-se estabelecer, com o paciente, um relacionamento afetivo e nesse clima será capaz de falar sobre tudo (BELAND¹). É muito importante, nessa fase, a comunicação verbal.

A ansiedade aumenta, entretanto, e começa o pânico quando o paciente toma consciência da situação. Aumentam a frustração, a ira e o medo. Sentimentos de revolta, inveja e ressentimento consti-

tuem a segunda fase. Surge a pergunta: "por que eu?" (KÜBLER-ROSS⁷).

Conforme BELAND¹, se a equipe conseguir agir com o princípio de que a hostilidade gera hostilidade, e que ela é objeto de revolta deslocada é mais provável que consiga lidar com o paciente. Se este percebe que se está fazendo esforço para compreender seus sentimentos, que os demais se preocupam com ele e que não está sendo abandonado no fim de sua vida, geralmente pode ser estabelecido um relacionamento satisfatório.

Para MORGAN & MORENO⁸, há uma mobilização intensa de todos os recursos internos e nesse "enfrentamento" ocorrem quatro características:

a) intensificação das tentativas para resolver o problema, utilização de métodos novos e mais drásticos;

b) redefinição do problema;

c) regressão a um nível de funcionamento mais seguro e cômodo; (estratégia);

d) o indivíduo reconhece que foi vencido mas como necessita evitar esse reconhecimento vai se enganando, na medida do possível.

Quando as medidas mais desesperadas são infrutíferas, o paciente passa a ter depressão, a qual constitui outra fase importante (KÜBLER-ROSS⁷). Nesse estágio, o paciente deve ser encorajado a manifestar sua tristeza. Destaca-se a comunicação não verbal, o tato, os cuidados físicos como mudança de decúbito e banho para ajudar o paciente a enfrentar essa fase. Para mim, este é o estágio mais difícil de manejar o paciente porque nós estamos, também, sensibilizados ao vê-lo, por exemplo, chorando porque vai morrer.

Para que a família possa confortar o paciente, ela precisa de uma fonte de conforto: pequenos gestos de delicadeza e atenção podem tornar esse período difícil mais tolerável e quando encorajador a sair, devem receber a promessa de que serão imediatamente chamados se o estado do paciente agravar-se. Compete à enfermeira traçar um plano de permanência dos familiares junto ao paciente, avaliando minuciosamente interferências positivas e negativas, não permitindo alterações no esquema de tratamento. Outro aspecto, diz respeito ao processo de afastamento dos familiares, ou quando gradualmente retira a atenção afetiva ao paciente, deixando-o mais só. A equipe deve avaliar tal processo, avaliando a interação família-paciente. No está-

gio depressivo do paciente, é esperado que este ignore ou afaste-se deles fazendo com que sintam-se rejeitados. Daqui pode originar o processo de afastamento (BELAND¹), (PIMENTEL⁹).

Segundo PIMENTEL⁹, a equipe deve preencher a lacuna deixada pelos familiares, se esses superarem o luto considerando o paciente morto antes que a morte ocorra.

Rynearson citado por BELAND¹, resume as atividades indispensáveis no atendimento do paciente moribundo e enumera critérios para avaliar a adequação do atendimento:

- 1 — deve morrer com dignidade, respeito e humanidade;
- 2 — com o mínimo de dor;
- 3 — deve ter a oportunidade de lembrar o amor e os méritos de toda sua vida; devem ser permitidas visitas conjuntas de sua família e amigos, se o paciente, assim, o desejar;
- 4 — deve ser capaz de esclarecer relações, de expressar desejos, de partilhar sentimentos;
- 5 — ele e seus parentes devem planejar racionalmente as mudanças que a morte impõe aos vivos;
- 6 — se possível, o paciente deve morrer em ambiente familiar; se não, deve ser um ambiente tão familiar quanto possível;
- 7 — finalmente, mas muito importante, deve haver preocupação pelo sentimento dos vivos.

CONCLUSÃO

Ao elaborar este trabalho, senti-me diante de um paciente morrendo. Primeiro a fuga, depois o entendimento.

Meu despreparo em lidar com a morte ficou evidente pela relutância na leitura dos textos, pela dificuldade em organizar os conteúdos e pela impossibilidade de acrescentar idéias próprias a respeito do assunto.

Apesar disso, e depois de conversar com as enfermeiras (Ursula Neitzke Campos e Nara Puton) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, as quais desenvolvem um trabalho dirigido à pacientes em fase terminal passei a compreender o que significa respeitar a morte e não temer a morte. A maneira como relataram suas experiências fez-me entender o que é ajudar alguém que está perdendo "esta vida". Passei, também, a compreender a mensagem dos textos. Encontrei algumas respostas. Outras, somente os pacientes poderão transmitir.

A morte mobiliza-nos. Exige nosso conhecimento científico e sensibilidade, enquanto existir vida. Exige nosso conhecimento científico e respeito, quando existir morte.

SUMMARY: Deals with impending death. Facing such situation, focus is brought upon physiopathologic aspects, clinical manifestations, psychological angles and nursing action.

AGRADECIMENTO

Ào paciente A.M. que morreu dia 30 de maio de 1983, às 20h.35min., por Edema Pulmonar Agudo, Insuficiência Cardíaca Congestiva e Cardiopatia Isquêmica.

BIBLIOGRAFIA

1. BELAND, J. & PASSOS, J. O espectro saúde-doença. In: _____ . *Enfermagem Clínica*, São Paulo, EPU/EDUSP, 1978. v.1, cap.3, p.110-21.
2. DU GAS, Beverly. Paciente em estágio terminal. In: _____ . *Enfermagem prática*. 3.ed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1978. Cap.32, p.491-5.
3. FARIA, A. Processos regressivos. In: BOGLIOLO, L. *Patologia*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1972. Cap.1., p.24-6.
4. FRANÇA, Genival Veloso. Legislação da morte. *Revista Paulista de Hospitais*. São Paulo, 24(9):423-31, set. 1976.
5. GONÇALVES, Maria Margarida. A morte do paciente e sua percepção em estudantes de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, 10(1):95-100, abril 1976.
6. GUIMARÃES, Naana et alii. Morte: um desafio de enfermagem. *Enfermagem Atual*. Rio de Janeiro, 2(9):22-31, jan./fev. 1980.
7. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Sobre a Morte e o Morrer*. São Paulo, Martins Fontes, 1981. 290p.

8. MORGAN, A.J. & MORENO, J.W. Intervencion en crisis. In: _____ . *La Practica de Enfermeria de Salud Mental: Un enfoque comunitario*. Colombia, Carvajal/OPS/OMS, 1979. cap.4, p.44-64.
9. PIMENTEL, Marcos Alfredo et alii. Amenizando a morte. *Revista Enfermagem em Novas Dimensões*. São Paulo, 4(6):351-4, nov./dez. 1978.
10. SOUZA, Elvira de Felice. Cuidados com pacientes inconscientes, graves e agonizantes. In:_____. *Novo Manual de Enfermagem*. 5.ed. Rio de Janeiro, Editora Bruno Buccini, 1972. cap.14, p.337-75.
11. WARNER, Carmen G. O comportamento responsivo em situações de emergência. In:_____. *Enfermagem em Emergências*. 2.ed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1978. Cap.3, p.22-5.

Endereço do Autor: Jacqueline Maria Fonseca Abrahim
Author's Adress: Rua Vasco da Gama, 51 Ap. 1102
90.000 – PORTO ALEGRE – RS.