

O medo da morte enquanto mal: uma reflexão para a prática da enfermagem

*Fear of death while evil that exists between all things:
A reflection for practice nursing*

Marislei de Sousa Espíndula BRASILEIRO¹

ORCID iD 0000-0003-3594-6384

Jenucy Espíndula BRASILEIRO²

ORCID iD 0000-0001-5354-849X

RESUMO

Este estudo tem por objetivo promover uma reflexão teórica em torno do medo da morte, considerada um mal, e sua relação com o cuidar em enfermagem. O estudo revelou que, apesar da morte fazer parte da vida e de ser vista de diferentes maneiras nas diversas culturas, ainda é um mal temido; que há a necessidade de preparo dos profissionais de saúde para lidar com os próprios sentimentos diante da morte; que a idade avançada, o câncer e a presença do doente na Unidade de Terapia Intensiva ainda suscitam imagem de morte por parte das pessoas. Diante da incapacidade em livrar-se desse mal, observa-se a busca da negociação e a crença (religiosidade) enquanto elemento interveniente para a salvação e a redução da angústia. Conclui-se que o medo da morte é um mal que permeia os sentimentos de profissionais da saúde, em especial os enfermeiros, bem como das pessoas, seja estas saudáveis ou adoecidas.

Palavras-chave: Enfermagem. Medo. Morte.

¹ Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição, Programa de Pós-Graduação *Lato Sensu*. R. 58, 36-St. Central, 74055-170, Goiânia, GO, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: MSE BRASILEIRO. E-mail: <marislei@cultura.trd.br>.

² Advogada. Goiânia, GO, Brasil.

ABSTRACT

This study aims to promote a theoretical reflection about the fear of death, considered the evils, and his relationship with the care in nursing. The study revealed that despite the death to be part of life and to be seen in different ways in different cultures, yet is the most feared evil; that there is a need for preparation of health professionals to deal with their own feelings ahead of death; that the old age, cancer and the presence of the patient in Intensive Care Units still raise image of death by the people. Faced with the inability to get rid of this evil, there is a quest for negotiation and belief (religious) as part actor for the salvation and the reduction of anxiety. It is concluded that the fear of death is an evil that permeates the feelings of health professionals, especially the nurses, and the people, whether they or patients healthy.

Keywords: Nursing. Fear. Death.

INTRODUÇÃO

O interesse em pesquisar a respeito do medo da morte enquanto mal e a prática de enfermagem surgiu durante as aulas de mestrado e doutorado em Ciências da Religião. Observamos que, tanto na área da saúde quando nas ciências humanas, não há preparo suficiente para se lidar com os medos que surgem durante o processo de morte e morrer. Bem ou mal [1], a morte é uma questão que se coloca para a sociedade e, toda sociedade humana, em última instância, consiste em homens unidos perante a morte. Assim, não pretendemos esgotar o assunto, mas esboçar alguns elementos que possam servir como subsídio a uma melhor compreensão a respeito da morte e do medo que esta suscita nas pessoas.

Quando o mal é visto como algo que ameaça a existência da pessoa, é possível encontrá-lo na literatura sagrada, em diferentes aspectos: em Deuteronômio 31,17 o mal é traduzido a partir do grego *kakos*, que é encarado como castigo divino (pecado), este é atribuído a Javé, que também é quem tira o mal. Em Salmos 23, o mal também vem de Javé que concede proteção no meio de todo o mal. Em Jeremias 29,11, os planos de Deus são para o bem-estar e não para o mal. Em Salmo 73 e em Jó 5,17-18, quando o mal ataca de todos os lados, o homem nada mais pode fazer senão procurar uma comunhão ainda mais estreita com Deus através da

oração [2]. Nesse sentido, o mal é algo místico que transcende a vida e a compreensão humana.

Por outro lado [3], as orações dos fiéis são direcionadas para o livramento do mal e favorecimento de vantagens ainda neste mundo. O medo da morte considerado, por um lado, o mal mais temido pelos homens também pode ser visto [4], como parte constitutiva da existência humana. Mesmo no hospital, o processo de morrer não é esperado, morre-se discretamente e o morto torna-se corpo, que é preparado enquanto se redige o atestado, não de morte (assustador), mas de óbito (aceitável). Desta forma, o temido mal – a morte – é revestido de termos técnicos que mascaram o fenômeno que escapa do controle humano.

Nem sempre foi assim, pois antigamente a morte era esperada no leito. Sabendo do seu fim próximo o moribundo tomava suas providências, reunia a família e expressava seus últimos desejos. Não se morria sem ter tido tempo de saber que se ia morrer. Era algo simples, e seu reconhecimento era espontâneo.

A partir da segunda metade do século XIX, aqueles que cercam o moribundo tendem a poupá-lo e ocultar-lhe a verdade de seu estado. A verdade começa a ser um problema [5]. Hoje, a morte, tão presente e familiar no passado, já não o é mais. Tornou-se vergonhosa, tornou-se o mal da que se

deve livrar-se, como em Mateus 6,13 “mas livra-nos do mal” ou do maligno e diabólico.

O medo pode cessar ao se desvelar o objeto desconhecido. Assim, o conceito de morte varia muito, dependendo da cultura e da crença religiosa de cada ser humano. Por tradição cultural e familiar, cada um de nós traz dentro de si a sua própria representação da morte, como sendo uma perda, ruptura, desintegração, degeneração, ou também como fascínio, sedução, uma grande viagem, entrega, descanso ou alívio.

Profissionalmente, os enfermeiros geralmente estão por perto durante o processo de morrer. Logo após a morte constatada, eles se preocupam em preparar, identificar e posicionar o corpo, para entregá-lo à família, com o melhor aspecto possível, mantendo o corpo limpo, evitando a exalação de maus odores e a saída de sangue ou secreções. É a Enfermagem quem, cuidadosamente, dispõe o corpo em posição adequada, antes da rigidez cadavérica [6].

Cientificamente, de acordo com o trecho da Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1480/97 de 08/08/97 [7] “Morte é a parada total e irreversível das funções encefálicas” (p.2).

Nesse contexto, morte e morrer se confundem. A morte clínica é a parada cardíaca e respiratória identificada pela ausência de pulso e respiração, midríase paralítica após 30 segundos da parada cardíaca. Já a morte biológica é a morte de células encefálicas, e a midríase não é reversível com manobras adequadas de reanimação. Finalmente, na morte óbvia é evidente o estado do corpo em decomposição, esmagado ou carbonizado, o tronco decaído ou segmentado. Na maioria dos processos de morrer, o *rigor mortis* que inicia-se entre 1 a 6 horas pelos músculos da mastigação e avança da cabeça aos pés; o *livor mortis* que é a estase sanguínea dependente da posição do cadáver, manifesta-se entre 1:30 a 2 horas [4,7].

A obra morte e desenvolvimento humano [8], traduz características do momento em que a morte ocorre, segundo Hipócrates: testa enrugada e árida, olhos cavos, nariz saliente, cercado de coloração

escura, têmperas deprimidas, cavas enrugadas, queixo franzino e endurecido, epiderme seca.

E que em termos de função, a morte se caracteriza pela interrupção completa e definitiva das funções vitais de um organismo vivo, com o desaparecimento da coerência funcional e destruição progressiva das unidades tissulares e celulares.

O homem teme instintivamente a morte. A despeito da fé, a morte abre diante de nós um caminho novo e ainda não experimentado, e os novos começos sempre envolvem algum desconforto e temor [9].

Quando alguém aprende a assustar-se com uma coisa por medo condicionado, o medo passa com o tempo. Isso parece se dar por um reaprendizado natural, à medida que o objeto temido é de novo encontrado sem nada de realmente assustador [10]. No entanto, o encontrar-se com a morte e o morrer nem sempre é uma experiência que se repete. Ninguém é experiente na arte de morrer. Mesmo os profissionais da saúde, preparados academicamente para a promoção e manutenção da vida, entendem a morte como algo inverso a ponto de determinar a hora em que cessa a vida, em que se desligam os aparelhos da UTI, em que se cessa a terapêutica.

Os enfermeiros, por estarem 24 horas presentes junto ao enfermo, provavelmente vivenciam as angústias da morte e do morrer mais que qualquer outro profissional da saúde. Por outro lado, apesar dos avanços tecnológicos, a morte constitui-se num acontecimento medonho, pavoroso, um medo universal, fazendo com que ela seja cada vez mais temida [11], necessitando-se, portanto, compreendê-la. Não para eliminá-la, mas para que se possa vivenciá-la de maneira humanizada.

Ao se considerar, entretanto, os papéis de vida e de morte, de bem e de mal na natureza é possível compreender que, o que é seleção natural e luta por sobrevivência (bem) para um vírus é o mal para suas vítimas.

Para os antigos samurais chineses a decapitação do inimigo vencido representava a libertação da humilhação de sua alma. Para os indígenas a

morte do irmão gêmeo logo após o nascimento é uma prática que não é vista como mal. Assim a questão aqui discutida não é a morte em si, mas o medo que ela suscita, principalmente quando esta é associada a doenças.

Em pesquisa feita recentemente identificou-se que, dos 5 879 participantes, o que mais temiam era o fato de contraírem uma doença grave, com 40%, revelando que o temor de adquirir uma doença que o leve ao processo de morte permeia o imaginário dessas pessoas [12].

O medo, representado por taquicardia, sudorese, palidez e agitação pode ser explicado fisiologicamente: trata-se de uma emoção mediada no cérebro por neurotransmissores, entre eles a noradrenalina, a serotonina e dopamina. Essa emoção se inicia nas amídalas que identificam uma situação ou objeto e enviam essa informação identificada como perigosa para o hipotálamo que produz neurotransmissores que estimulam o organismo ao estado de alerta para agir (enfrentar ou fugir).

Estímulo fisiológico ou não, é necessário considerar que o medo da morte e de morrer está envolvido em diversas variáveis: a idade, o sexo, a cultura, a posição social, a experiência educacional e profissional, presença ou ausência de doença grave e crenças relacionadas ao que ocorre após a morte.

De acordo com Platão [13] as raízes profundas do medo originam-se da ignorância em face de algo que não se conhece satisfatoriamente. O medo da morte, portanto, constituiria o principal medo dentre os demais.

Embora se saiba que a morte representa um fenômeno biológico decorrente do fim das energias vitais dos órgãos, não se conhece, completamente o fenômeno quanto ao destino da inteligência que um dia animou o corpo físico.

As religiões tentam explicar, em diversas teorias, o que poderia acontecer com essa inteligência animadora do corpo, além do fechamento do ciclo biológico.

As ideias de céu, inferno, purgatório, paraíso, umbral, reino dos céus, fogo eterno, geena, poderiam

representar símbolos de uma reação da consciência diante das escolhas provenientes do livre arbítrio.

A lei de ação e reação, tão bem estudada na física poderia explicar que o homem inexoravelmente deve colher ou responder por todas as suas escolhas.

O medo da morte move o ser humano

As ideias de céu e inferno poderiam ser consideradas na colheita de remorsos, arrependimento, sentimentos de culpa devido a escolhas prejudiciais ao próximo. Alguns estudiosos e teólogos consideram que o medo da morte seria o reflexo, também, do medo das colheitas desagradáveis de tudo o que se semeou em vida.

O fato é que as religiões, doutrinas, ciências e filosofias enaltecem o respeito, a liberdade, a igualdade e a fraternidade, como princípios básicos de uma boa convivência social independentemente do que se possa acreditar a respeito da vida após a morte.

Enquanto a vida é vista como o princípio de tudo a morte pode significar o fim de tudo o que foi construído (os valores, conceitos) inclusive o medo do desconhecido. Quanto mais valores espirituais possuem as pessoas, menos evidenciam medo acerca da morte [4]. Em outras palavras, o medo da morte deve estar presente por trás de todo o nosso funcionamento normal, com a finalidade de manter o organismo mobilizado para a auto-preservação. Entretanto, o medo da morte não pode estar presente de maneira constante no funcionamento mental do indivíduo, caso contrário isso implicaria no impedimento do funcionamento do organismo [14].

Observa-se, portanto, que as discussões em torno da morte, do medo da morte e do morrer se fazem cada vez mais frequentes nos meios acadêmicos. O assunto, no entanto, ainda é considerado tabu, necessitando de aprofundamentos que possibilitem novas formas de se lidar com o medo da morte.

Este estudo torna-se relevante para o cuidar de pessoas, uma vez que evidencia a necessidade de se ampliar as discussões referentes ao tema, com

o intuito de promover uma reflexão mais profunda sobre nossas atitudes enquanto profissionais frente a enfermos e familiares.

A temática poderá oferecer subsídios para mensuração dos componentes inerentes à qualidade da assistência de enfermagem, bem como modificar atitudes dos enfermeiros ou mesmo seu comportamento diante da assistência prestada. No entanto as publicações científicas nessa área são escassas.

Ao se buscar, na literatura atual, os significados de medo da morte e sua relação com a enfermagem, viu-se que os estudos são escassos.

Assim, o objetivo desse estudo é promover uma reflexão teórica em torno do medo da morte, considerada o pior dos males, e sua relação com o cuidar em Enfermagem.

MÉTODOS

Trata-se de uma reflexão teórica a partir da revisão da literatura disponível em livros e revistas científicas impressas e virtuais. Para a seleção dos artigos fez-se uma busca utilizando os descritores "medo", "morte", "morrer", "enfermagem", "tanatologia". A escassez dos estudos publicados em artigos científicos de Revistas Qualis A ou B levou a seleção dos artigos definindo os seguintes critérios de inclusão: serem publicados em revistas científicas, cujos artigos fossem completos e também em livros clássicos.

Assim, a coleta de dados seguiu a metodologia da revisão de literatura utilizada nas cinco fases de acordo com Mendes *et al.* [15] a) identificação do objeto e seleção da questão norteadora; b) estabelecer critérios de inclusão e exclusão de estudos; c) definição de informações a serem extraídas a partir dos estudos selecionados; d) interpretação dos resultados e síntese do conhecimento.

A coleta de dados foi realizada por meio de consultas cinco bases de dados: Latino-Americano Caribenho Literatura em Ciências da Saúde (LILACS), base de dados bibliográfica especializada na área de

Enfermagem do Brasil, literatura médica *Analysis and Retrieval System Online (MedLine)*, PubMed e Cochrane.

O levantamento dos estudos aconteceu em novembro de 2015. Para realizar uma pesquisa avançada com três descritores ao mesmo tempo, os operadores booleanos "E" e "OR", como segue foram utilizados. Não foi estabelecido prazo anterior, no entanto, observou-se que a ocorrência de estudos de morte datado de 1986.

Artigos publicados em Português; disponível na íntegra nas bases de dados; escrito por enfermeiros ou não. Também não foram excluídos: livros, dissertações de mestrado ou teses de doutorado. Mas foram excluídas: publicações repetidas; letras; editores; comentários; resumos de registros; livros; cartas ao editor; bem como estudos não abordou a questão relevante para o objetivo da revisão.

Após a leitura exploratória, analítica e interpretativa dos conteúdos, emergiram 6 categorias, que foram utilizadas para síntese sobre o assunto e alcance do objetivo do estudo.

RESULTADOS

Para se ter uma ideia do que já se publicou na área das ciências da saúde a respeito do medo da morte enquanto mal, pesquisou-se na base de dados virtual em saúde (SciELO, *MedLine* e LILACS), utilizando-se as expressões mal e medo de morrer, quando se encontrou na totalidade apenas 21 artigos e esses se dividem da seguinte forma; 15 na LILACS, 2 na SciELO e 4 em Bases de Dados em Enfermagem.

Comparando-se o período entre 1986 e 2016, os anos que tiveram maior número de publicações foram 2003 e 2005 com 7 artigos; publicados em sua maioria em São Paulo, com 8 artigos; o idioma mais utilizado foi o Português, com 20 artigos e apenas um em inglês. O método mais utilizado para fazer as pesquisas foi o qualitativo com 14, seguido pelo quantitativo com 7 estudos. Dessas produções, os que foram lidos e utilizados foram os artigos na íntegra, disponibilizados na SciELO e os livros perfazendo um total de 22 publicações.

Quanto à periodicidade de publicações, a Revista Texto e Contexto de Enfermagem foi a que mais publicou nos últimos anos, embora dos 5 estudos disponibilize apenas 2 publicações na íntegra. Esta, seguida pela Revista Latino-Americana de Enfermagem, que disponibilizou também 2 estudos. A literatura que forneceu embasamento para o presente estudo foi, principalmente de livros.

A análise dos artigos e a busca dos resultados convergentes entre os autores, propiciaram a descrição dos resultados que foi discutido em subitens, como será exposto a seguir:

Medo da morte ou lesão permanente desencadeado pela falta de orientação e de preparo do ser para lidar com a situação

O tipo de medo citado acima foi apresentado pela maioria dos estudos sobre medo de morte, publicados entre 1986 e 2006. A morte tem sido o palco de muitas atitudes heróicas, destinadas ao bem comum: sacrifícios, dores, sofrimentos. Mortes de gênios, santos e heróis têm dignificado a morte como uma passagem natural de uma vida para outra vida. Podemos então, concluir que cada um vê a morte de acordo com seu nível intelectual e sua vida moral, porquanto a morte indubitavelmente é um dos mecanismos da lei natural que busca renovação em todos os níveis da existência. A vida é um conjunto de aberturas denominado nascimento e um conjunto de fechamento de ciclos denominado morte.

As filosofias, as ciências e as religiões, do mesmo modo que ensinam a pessoa a viver, não raras vezes buscam ensinar-lhe a morrer, ou seja, a compreender os fenômenos biológicos, sociais e históricos da morte.

Na área das ciências da saúde, por exemplo, os profissionais devem demonstrar calma, otimismo e firmeza para orientar os enfermos e seus familiares sobre a possibilidade de morte nos casos de tratamentos delicados de difíceis curas, isto é, fora de possibilidade terapêutica. Mas, nunca garantir a fatalidade da morte ou a certeza da vida diante das terapias de difícil resolução.

Por outro lado, a ideia de morte nos remete aos sentimentos de perda, portanto, em tese, nos desperta sentimentos dolorosos. Trata-se de uma espécie de dor psíquica, a qual muitas vezes acaba também gerando dores físicas, ou criando uma dinâmica incompreensível para quem a vida continua. Na espécie humana, a dor psíquica diante da morte pode ser considerada fisiológica, mas sua duração, intensidade e resolução vão depender muito provavelmente de como a pessoa experimentou a vida. Diante de tal situação acredita-se que caberá ao enfermeiro trabalhar o ser e as diferentes etapas do luto. O ser passa por cinco estágios do luto até aceitar a sua morte [4]: Ainda 7, os critérios que atualmente definem a ocorrência da morte são os seguintes: (1) Não-receptividade e não reação total a estímulos externos, mesmo que dolorosos. Não há emissão de sons, gemidos, contrações, nem aceleração da respiração. (2) Ausência de movimentos respiratórios, falta de movimento muscular espontâneo ou de respiração ao se desligar o aparelho respiratório por um tempo mais longo. (3) Ausência de reflexos ou coma irreversível com abolição da atividade do Sistema Nervoso Central. Ausência de reflexos condicionados como: reação da pupila, que fica fixa e dilatada mesmo na presença de luz, sem reflexo na córnea, faringe e tendões. (4) Encefalograma plano, comprovando destruição cerebral plena e irreversível [4,9].

Também existem três etapas do pico de morte [9], que se encontra durante o atendimento pré-hospitalar. Primeiro pico de morte: segundos e até minutos após o acidente. São mortes causadas por lacerações em tronco cerebral, medulas espinhais altas, lesões de aorta e ou grandes vasos com sangramento profuso. segundo pico de morte: Variam de minutos a algumas horas após o acidente. Estas mortes são causadas principalmente por hemopneumotórax, lesões do fígado, baço e fraturas pélvicas com sangramento intenso. Estes chamados seres potencialmente salváveis, isto é, seriam salvos se beneficiados por um sistema de atendimento pré-hospitalar adequadamente planejado e regionalizado. Terceiro Pico de Morte: Neste período são considerados dias ou semanas após

o trauma. São decorrentes de infecções ou falhas orgânicas [9]. Esta última fase está comprometida pela qualidade do atendimento inicial prestado.

Independente da patologia e prognóstico do ser, este deverá ter uma assistência humanizada pela equipe de enfermagem, satisfazendo suas necessidades humanas básicas; mas nem sempre a enfermagem alcançará o seu objetivo ideal, que é a recuperação do ser, porém nesse caso o ser vai a óbito, não por descuido da enfermagem. É nessa hora que o emocional deve estar bem, para que o profissional possa ter a segurança de um dever realizado dentro de todas as possibilidades. Pois além de tudo, é um dever realizado dentro de uma profunda responsabilidade, caracterizando uma tarefa cercada de todos os cuidados.

Existem várias possibilidades de ocultamento da morte, tanto culturais, quanto psicológicas [8]. Entre estas últimas podem ser destacados os mecanismos de defesa: negação, repressão, intelectualização e deslocamento.

A perda faz parte do ciclo de vida

Todas as pessoas vivenciam perdas na forma de alterações, crescimento e transição. Durante a fase de enfrentamento da morte, o ser deve ser estimulado a profundas reflexões sobre a própria vida, se foi satisfatória sua trajetória de vida, se houve algum desenvolvimento emocional, se pôde criar vínculos afetivos, se pôde auxiliar a outros enfermos humanos. Orientá-lo psicologicamente poderá ser possível, apesar de doloroso, esse momento poderá ser um importante e saudável balanço emocional.

Cabe também ao enfermeiro distinguir em qual fase do luto o ser se encontra, e ao mesmo tempo saber atuar perante a detecção desta fase.

É curioso notar que a educação é voltada para a vida, esquecendo que a morte é fim inevitável, no entanto, chega-se a ela sem preparo psicológico ou emocional.

As instituições hospitalares também não oferecem aos profissionais de enfermagem as condições necessárias para o desenvolvimento de

uma assistência humanizada e de qualidade, uma vez que estas têm estabelecido horas de assistência sem considerar a gravidade dos enfermos [16].

Para ocorrer uma interação efetiva e terapêutica é preciso que o profissional de saúde não se esqueça que o ser é um ser único, com necessidades próprias. Embora o relacionamento entre enfermeiros e clientes tenha caráter profissional, envolve o encontro de duas individualidades, abertos, cegos, secretos e desconhecidos [17].

A carência de enfermeiros dentro das unidades de tratamento intensivo predispõe o cuidado insuficiente e precário ao ser, pois a assistência de enfermagem prestada por um profissional capacitado pode oferecer ao cliente uma assistência de qualidade e de resultados positivos, e cabe ao enfermeiro capacitar, coordenar, treinar e supervisionar a equipe de trabalho. Deste modo, o enfermeiro, hoje traz uma responsabilidade muito grande no cuidado aos enfermos, não o compromisso de curar, mas de cuidar. Porém esse cuidado deve ser realizado, cientificamente e criteriosamente [11].

A formação profissional permanece alicerçada em concepções fragmentadas e tecnicistas sobre a pessoa, com predomínio de modelos de ensino tradicionais alicerçados na lógica da razão, desarticulados do sentir e agir, o que inviabiliza a formação de profissionais críticos, sensíveis, transformadores, enfim, humanos [4]. A sensibilidade, o respeito ao outro e a bioética, associados ao conhecimento técnico-científico são elementos fundamentais para o desempenho de um profissional crítico, reflexivo e comprometido com a qualidade do cuidado em enfermagem. Assim, a orientação prévia ao indivíduo, provavelmente reduz o medo da morte, por já não considerá-la um grande mal.

Diante dos sentimentos de dominação e medo de morrer, as pessoas mantêm a crença (religiosidade) enquanto elemento interveniente e pedem a salvação divina

O preparo para a morte consiste em se ter uma vida simples, concentrada, objetivada por ações

e as oportunidades que se nos apresentam durante a vida. Aprender a viver no dia-a-dia é a melhor orientação para se aprender a morrer. A morte não é apenas um momento do desprendimento do espírito do corpo, mas também é a arte de se desapegar de coisas consideradas transitórias que não se pode levar com a morte.

Para os grandes filósofos da Grécia antiga, tais como Sócrates e Platão a busca e as conquistas das virtudes seria a única razão de se viver e a única maneira de se ter uma morte feliz. Outros consideram que a boa orientação acerca da vida basta, porquanto com a morte, tudo se acaba e se extingue. Cada religião e filosofia busca orientar os seus seguidores de acordo com suas tradições e o corpo doutrinário que preconizam.

Nas sociedades mais primitivas o jogo existencial do ser humano, do qual vida e morte se fazem parceiras inseparáveis, é um problema dos vivos e, apenas e tão somente, dos vivos humanos, pois, embora compartilhem o nascimento, a doença, a juventude, a maturidade, a velhice e a morte com os animais, apenas os enfermos humanos, dentre todos os enfermos vivos, sabem que morrerão [18]. Assim, a imagem da morte tem acompanhado o existir humano desde seu alvorecer, abrindo enorme vazio diante da vida, representado por um aterrorizante não-ser inominável. A morte, porém, nunca deve ser entendida como experiência real do sujeito ou de um corpo, mas, eventualmente, como na forma de uma relação social na qual se perde a determinação do sujeito e do valor [4]. Mas, se a morte se apresenta como um vivido impossível, a experiência simbólica da morte não se faz menos angustiante. Como permanência antropológica, tem tido o ser humano, ao longo dos tempos, que negociar com essa morte, no sentido de diminuir a angústia mortal dessa ausência/presença, ruptura/continuidade, promoção/destruição que é o morrer [4].

A ritualização da morte

Dentro dessa perspectiva, a ritualização mítica da morte tem tido a função de transcender

o sofrimento pela finitude do ser humano, pois, desde tempos imemoriais, o dado primeiro, fundamental e universal da morte humana é a sepultura, mostrando assim que é isso o que nos assegura nossa 'humanidade' em relação aos demais animais. A morte sempre suscitou emoções que se socializaram em práticas fúnebres, e o não-abandono dos mortos implica uma crença na sua sobrevivência, não existindo praticamente qualquer grupo, por muito 'primitivo' que seja, que abandone os seus mortos ou que os abandone sem ritos. Esses ritos trazem a imagem de 'passagem' para um outro estágio, sempre como metáfora de prolongamento da vida, seja ela através de um sono, uma viagem, um nascimento, uma doença, seja através de uma entrada para a morada dos antepassados. Projeta-se, assim, a vida para um tempo indefinido, mas não necessariamente eterno [5].

Com isso o morto ganha *status* especial, pois reconhece-se que ele já não é um vivo vulgar. Essa mudança de estado do morto, no entanto, não deixa de provocar profundas perturbações no círculo dos vivos, que serão ritualizadas, coletivamente, nas cerimônias fúnebres. Os rituais fúnebres têm também a função de fazer o morto completar a viagem para o seu território definitivo, protegendo, dessa forma, a comunidade contra o seu retorno [19].

No entanto, a morte nas sociedades primitivas não era personalizada, ou seja, dava-se como resultado de uma intervenção maléfica externa, que poderia ser um feitiço ou obra de um ancestral que voltou para buscar um membro da comunidade. A presença obsessiva da morte e do morto na mentalidade de povos primitivos se mostra pela presença dos espíritos, isto é, dos mortos, em toda a vida cotidiana, regendo a caça, a guerra, as colheitas, as chuvas etc. [5].

Também o horror da decomposição do cadáver suscita rituais para abrandá-lo e, na pré-história, foram criadas algumas práticas que visavam apressar a decomposição (cremação e canibalismo), evitá-la (embalsamamento) ou afastá-la do convívio com os vivos (sepultamento, transporte do corpo para um local ritualístico). Se essa presença pútrida do morto

sempre foi sentida como contagiosa, muitas das práticas funerárias e pós-funerárias visam proteger os vivos do espectro maléfico ligado ao cadáver que apodrece. Os rituais do luto têm o sentido da purificação, sendo seu período correspondente à duração da decomposição. É preciso lembrar ainda que a impureza trazida pela putrefação afeta também os parentes do morto, sendo eles obrigados a se cobrirem com um sinal distintivo ou esconder-se, durante o período no qual grassa o 'contágio da morte'.

É preciso lembrar que o 'horror da morte', esse fantasma que sempre acompanhou o ser humano, e que se traduz pela dor do funeral, pelo terror da decomposição do cadáver e pela obsessão da morte, tem por denominador comum a 'perda da individualidade'. Essa dor pela perda será tanto maior quanto mais próximo ou significativo for o morto para a família ou a comunidade. Portanto, não é o fenômeno da putrefação em si que traz o terror, mas a emoção, o sentimento ou a consciência da perda da individualidade, quando o morto não está individualizado, isto é, não reconhecido como ser humano, tal como o inimigo ou o traidor privados de sepultura, existe, diante da podridão, apenas indiferença e simples mau cheiro [5]. E a revelação da morte do outro, causada pela presença dos restos (o cadáver), faz com que o ser humano apreenda a essência da existência mortal, ou seja, a noção da sua finitude, pois a morte ganha corpo e rosto, ela se encarna na carne do cadáver [4].

O medo de perder a individualidade e diluir-se na natureza ou no espaço

O 'complexo da perda da individualidade' é um complexo traumático, levando ao 'traumatismo da morte', isto é, toda distância que separa a consciência da morte da aspiração à imortalidade, toda a contradição que opõe o fato brutal da morte à afirmação da sobrevivência. Daí deriva que a violência do traumatismo provocado por aquilo que nega a individualidade implica em afirmação não menos intensa da individualidade, quer seja a nossa própria morte quer seja a do ente querido ou próximo. A

individualidade que se revolta contra a morte é uma individualidade que se afirma sobre a morte, ou seja, que concebe a sua própria imortalidade. Essa 'consciência humana da morte', no entanto, não se baseia no desconhecimento da realidade biológica, mas no seu reconhecimento, assim como não significa cegueira ante a morte, mas a sua lucidez. Essa lucidez não é, porém, tomada de consciência do conhecimento específico, mas sim um conhecimento propriamente individual: uma apropriação da consciência, visto que a consciência da morte não é algo inato, antes um produto de uma consciência que compreende o real [19].

Ao mudar de *status*, passando de pessoa viva para ancestral morto, esse perde sua individualidade, ganhando, porém, sua reidentificação dentro de uma categoria arquetípica. Chega-se, assim, à crença na imortalidade, que seria a dialética resultante da consciência da morte e do traumatismo da morte, que se reforçam mutuamente [20]. É preciso salientar que, em todas as sociedades, desde as mais primitivas até a atualidade, o ser humano sempre teve, efetivamente, dois tipos de morte: uma biológica, que representa o fim do organismo humano, e uma morte social, que representa o fim da identidade social do indivíduo. Essa última ocorre em um processo que compreende uma série de cerimônias, incluindo aí o funeral, no qual a sociedade oficializa e ritualiza a despedida de um dos seus e reafirma sua continuidade sem ele [21].

Vale ressaltar que nessas sociedades primitivas morria-se sempre em público, pois nunca se estava só, fisicamente, no momento da morte. Elas construam, portanto, sistemas de defesa contra a angústia da morte, embasados em ritos e crenças que buscavam dar ao ser humano ilusão de perenidade e, por não se apoiarem na individualização e sim na participação da pessoa no seio do grupo, não concebiam a morte como ausência ou separação irreparáveis.

Se os ritos de morte eram comunitários até o século XIII, uma vez que a Igreja Católica intervinha, até então, apenas para absolver o moribundo ou o morto dos seus pecados, a morte passou a ser, a partir de então e durante muito tempo, 'clericalizada'.

Os ritos que tendiam a exprimir a violência da dor, passaram a representar o controle de si, com a família e os amigos silenciados no seu drama. O padre passou a ocupar a cena principal, e não mais o morto. Após o último suspiro, o morto não pertence mais nem aos seus pares ou companheiros, nem à família, mas à Igreja.

Concomitantemente a essa clericalização da morte, o corpo do morto, que era considerado figura familiar pelos ritos de morte que lhe votavam os vivos, passa a ser insuportável à vista, levando à sua ocultação, primeiro através da mortalha e, posteriormente, através do esquife. Além disso, se nas sociedades tradicionais a afetividade era repartida entre um número maior de pessoas, não se restringindo, portanto, apenas aos membros próximos da família, mas se diluindo em círculos cada vez mais amplos, a partir do século XVIII, a afetividade é, bem ao contrário, inteiramente concentrada, desde a infância, sobre algumas poucas pessoas que se tornam insubstituíveis e inseparáveis [22]. E tanto a repulsa pela figura da morte, como a afeição que é votada ao moribundo pela sua família, faz com que lhe ocultem a verdade do seu fim próximo, num silêncio que constrange tanto aqueles que o impõem como aquele que se vê alvo dele. E essa mentira, da qual são cúmplices tanto o moribundo como aqueles que desejam 'protegê-lo' da trágica notícia, empurra a morte para a clandestinidade.

Mas, se desde a Alta Idade Média até a metade do século XIX, a atitude diante da morte mudou, essa mudança deu-se, no entanto, de forma bastante lenta, se comparada com a revolução brutal das ideias e sentimentos observados a partir de então [22]. A morte, tão presente no passado, de tão familiar, vai se apagar e desaparecer, tornando-se vergonhosa e, por isso, objeto de interdição. Espetáculo nauseabundo, pelos odores e imagens que traz, torna-se inconveniente e, portanto, indecente a sua demonstração pública. Com isso, uma nova imagem da morte vai se formando: a morte feia e escondida, e escondida porque é feia e suja [22]. Os ritos de morte, que até então se mantiveram com algumas poucas modificações ao longo dos

tempos, começam a ser esvaziados em sua carga mítica com os processos empregados para o seu escamoteamento.

Processo concomitante e profundamente imbricado se dá no sentido de extrair da morte as armas que, se acredita, defenderão a vida de seu ataque mórbido. A medicina desnuda a morte buscando munir-se, através dela, de conhecimentos e técnicas para ludibriar ou, pelo menos, adiar a finitude humana. Assim, morrer de velhice passa a ser considerada a forma natural de morte. Por consequência, todas as outras maneiras de se morrer são consideradas contra a natureza e, por isso, mortes desnecessárias. Com isso, aos poucos, o conhecimento médico foi negando e se desvencilhando do 'obscurantismo' trazido pela ideia mágico-sobrenatural da morte, criando um halo de poder em torno de si e tomando o lugar da divindade destronada.

A antropológica carga mítica que a morte sempre representou na história humana, e que era ritualizada através da 'troca' entre o mundo dos vivos e dos mortos, não podendo mais ser tão intensamente 'negociada' simbolicamente no bojo da dimensão sobrenatural, faz com que o ser humano busque novas formas de diminuir a angústia diante da sua finitude implacável. E, se os sacerdotes e feiticeiros, dos tempos idos, faziam a ligação entre esses dois mundos, procurando sensibilizar as entidades sobrenaturais quanto ao sofrimento humano e à morte, solicitando sua benevolência para abreviá-los, a medicina traz uma nova geração de sacerdotes/feiticeiros que se colocam frente à deusa-ciência, buscando seu poder de maneira a prolongar a vida, colocando em suspenso a morte.

Assim, tanto a repulsa pela morte como os conhecimentos adquiridos para o seu adiamento indefinido por parte da medicina, legitimaram a passagem do quarto do moribundo da sua casa para o hospital. Esse passou a ser o templo da morte solitária. Apenas os parentes mais próximos acompanham, a uma distância segura, o findar, não raro longo e silencioso, do ente querido. Chega ao fim a morte solene e circunstanciada, em família:

morre-se no hospital, símbolo da extraterritorialidade da morte. Sendo a morte considerada obscena e embaraçosa, nada pode deixar de vestígio. E o imenso dinamismo mortuário já não é da ordem da piedade, é o próprio signo do desamparo [23].

A morte torna-se solene

Ao se abolir o ‘macabro’ da existência, colocando em seu lugar o ‘mórbido’, que nada mais é do que uma forma rarefeita de vida que se extenua no longo trajeto para o vazio da morte. A sociedade ocidental, ciosa ante a acumulação de bens, acelerou o processo de individualização, abandonando o ser humano a seus fantasmas mortíferos. Mais do que nunca, ele se vê, dolorosamente, perante a morte, aquela do próximo e a sua própria. Não podendo dela escapar, ele a recusa; não podendo evitá-la, torna-se dela instrumento. Essa sociedade que tanto horror tem da morte, não fazendo mais que desprezar a vida, ainda que proclame o contrário, acarreta sua própria morte.

No consumo da sua própria morte, o ser humano se vê, contemporaneamente, diante de um paradoxo: ou assume a atitude do interdito, que consiste em fazer como se a morte não existisse, expulsando-a para fora da vida cotidiana, ou a aceita como um fato técnico, reduzindo-a ao estado de uma coisa qualquer, tão insignificante como necessária. Qualquer que seja a atitude, no entanto, não somente cada passo da vida a aproxima da hora da morte, como também é ela modelada pela morte, que é um elemento real da vida [24]. Nossa concepção da vida e nossa concepção da morte não são nada mais do que dois aspectos de um único e mesmo comportamento fundamental. A vida para lutar contra a morte tem necessidade de integrá-la no mais íntimo dela mesma. Escamotear a morte é o mesmo que se recusar a crer que a trazemos em nós, não como enfermidade ou punição, mas como lei necessária da vida da qual ela assume a riqueza e a renovação [25].

Em toda sociedade a doença é vivida dentro de um quadro particular, de uma forma generalizada:

o mal e a maldade [26]. Existem três maneiras de combater o mal para chegarmos à saúde e a salvação: a reação profética, a reação da possessão e a reação utopicada.

Habitados a considerar que a morte é nada para nós, do momento que todo bem e todo mal reside na sensação, e a morte é privação de sensação. Por isso, a noção correta de que a morte é nada para nós, torna alegre o fato de que a vida seja concluída com a morte, não lhe concedendo um tempo infinito, e sim lhe subtraindo o desejo da imortalidade. Não há nada de terrível na vida para quem tenha compreendido bem que não há nada de terrível no fato de não viver mais. Por isso, é tolo quem diz temer a morte, não porque trará dor ao momento em que ela se apresentar a nós, mas porque nos faz sofrer na sua espera; com efeito, tolamente pode causar sofrimento na espera, ao mesmo tempo em que não faz sofrer com sua presença.

Portanto, o mal que nos faz ter arrepios, ou seja, a morte, é nada para nós, a partir do momento que, quando vivemos, a morte não existe, e quando, ao contrário, existe a morte, nós não existimos mais. A morte, portanto, não se refere a nós, nem quando estamos vivos, nem quando estamos mortos, porque para os vivos ela não existe, e os mortos, ao contrário, não existem mais. Os outros, por sua vez, fogem por vezes da morte como do pior dos males, outras vezes a procuram como alívio das desgraças da vida. O sábio, ao invés, nem rejeita a vida, nem teme o não viver mais; com efeito, a vida não lhe é molesta, e ele também não crê que a morte seja um mal. Assim como para o alimento, ele não se serve dele em abundância, mas escolhe o melhor; também não procura gozar o tempo mais longo, mas o melhor.

O medo da morte está na base das interrogações sobre o sentido da vida

Ele associa-se à nossa inteligência, a nossa consciência, a nossa condição existencial, a nossa memória superior, a nossa consciência, e a nossa capacidade de inteligentemente vermos a vida, e o

significado do passado, do presente e do futuro, que são também fonte de tragédia humana.

Muitas espécies animais podem ignorar a morte. Podem não ter consciência de si senão como ser sem fim. Algumas, poucas, poderão intuí-la e temê-la. Mas somos nós que temos dela uma apreensão profunda, com a conseqüente dor e medo, irremediavelmente angustiantes. A consciência da morte radica-se na nossa inteligência; é um mal humano, que não suscita angústias ou é ignorado por outras espécies animais.

O medo da morte no lugar de morte: a Unidade de Terapia Intensiva

É importante compreender que em um corpo doente existe uma história de vida, sentimentos e medos o que aponta a necessidade do enfermeiro que atua em UTI reavaliar suas atividades e capacitar-se melhorando a qualidade da assistência. A UTI é vista, por vezes, como um lugar de morte. Cada ser terá uma concepção de morte diferente, com isso caberá ao enfermeiro ser imparcial, respeitando e promovendo o apoio espiritual.

Para os enfermeiros prestarem cuidados espirituais, eles devem estar aptos e presentes para apoiar quando os enfermos vivenciam dúvidas, medo, sofrimento, desespero ou outros estados psicológicos.

A morte é uma experiência de separação dolorosa [27], também pode ser considerada um limite que nos ajuda crescer, mas a morte vivenciada como limite também gera dor, perda da função, solidão, tristeza e pobreza [8].

O ambiente da terapia intensiva se torna estressante pelo constante estado de vigilância que a equipe deve ter em relação a todos os enfermos, associado ao ritmo frenético das atividades e aos ruídos dos aparelhos tecnológicos. O medo da morte, da perda, faz com que a equipe de enfermagem assuma uma responsabilidade acima da capacidade humana, o que proporciona desgaste emocional aos cuidadores, enfermos e familiares, levando o profissional a se afastar de qualquer contato mais humano [28].

A humanização é um antigo conceito que renasce para valorizar as características do gênero humano

Nessa perspectiva, torna-se imprescindível conceituar a humanização do cuidado em enfermagem. Humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, o sofrimento humano, as percepções de dor ou de prazer no corpo para serem humanizadas precisam tanto que as palavras com que o sujeito as expressa sejam reconhecidas pelo outro, quanto esse sujeito precisa ouvir do outro palavras de seu reconhecimento. Pela linguagem fazem-se as descobertas dos meios pessoais de comunicação com o outro, sem que se desumaniza reciprocamente. Para que seja verdadeiramente recuperado, é necessária uma equipe consciente dos desafios a serem enfrentados e dos próprios limites a serem transpostos.

Portanto, a integração da família na promoção da assistência ao ser crítico é imprescindível, visto que a agregação do ambiente familiar no desenvolvimento das atividades realizadas na UTI é de grande relevância para o desenvolvimento de ações integradas voltadas à qualidade do cuidar.

A idade avançada, o câncer e a AIDS: o mal que permeia o medo de morrer

A idade física representa uma linha lógica de pensamento um torno de morte. Os mais idosos tendem a morrer primeiro do que os mais jovens. No entanto, em se tratando de doenças ainda sem cura [29], a AIDS encarna a mais recente representação do mal social do Ocidente e que esta aparece no espaço público como a crônica de uma morte anunciada.

Mas as condições sociais desfavoráveis à vida, podem nos trazer estatísticas que se contrapõem à logicidade da faixa etária. Estudo feito pelo Banco Mundial em 2006 afirma que 30 000 crianças morrem por dia por falta de alimento e água tratada representando cerca de 10 000 crianças que morrem ao ano; ou seja, a metade dos habitantes da cidade de São Paulo [30]. Outros fatores sociais podem

se contrapor à lógica da faixa etária, mas também fatores psicológicos podem gerar outras estatísticas vinculadas ao uso de chapas, depressões e problemas psicológicos antecipando a morte, resultando em suicídios diretos ou indiretos.

Durante a senectude, o ser humano necessita de cuidados psicológicos e sociais que possam oferecer-lhes as melhores condições possíveis para receberem bem o momento da morte, especialmente o caminho de familiares e amigos.

O envelhecimento traz consigo a perspectiva de morte, lembrando que a vida é sempre um período finito. Quando então, existe uma doença grave ou outra condição de saúde que gera sofrimento, a morte passa a ser não só uma probabilidade, mas também uma alternativa para o alívio de determinado sofrimento. No entanto, as pessoas enfrentam a morte de várias maneiras. Os cinco estágios da morte nem sempre ocorrem sem sequência, pois podem se sobrepor um ao outro. Os enfermos e suas famílias ficam num vai e vem através da experiência, podendo em cada momento estar num determinado estágio, e são estas situações que, não só o enfermeiro, mas toda a equipe de saúde tem de estar disponível para o ser em seu leito, como também para os amigos e familiares, que precisam ser apoiados, a medida que oferecem apoio à pessoa que está morrendo.

Em toda sociedade a doença é vivida dentro de um quadro particular, de uma forma generalizada: o mal e a maldade. Existem três maneiras de combater o mal para chegarmos à saúde e a salvação: a reação profética, a reação da possessão e a reação utopizada [26].

A morte permanece um mistério para o ser humano. É um perigo desconhecido que ameaça a integridade do indivíduo e cria um sentimento de angústia e insegurança. Diante dessa situação angustiante, o doente parece buscar por todos os meios, prender a atenção dos que o assistem. Outro meio de defesa contra a angústia é a negação, o ser recusa admitir a realidade, mesmo que já saiba toda verdade sobre seu estado clínico. A angústia é gerada pelas diversas perdas que o ser tem de enfrentar: a privação de si mesmo, de suas relações com os outros e o pressentimento da proximidade da morte.

Algumas vezes torna-se depressivo bruscamente, introvertendo-se e recusando o contato com outras pessoas. Desse modo, a angústia e a depressão tornam-se aliadas [31].

Acompanhar um ser fora de possibilidades terapêuticas é primeiramente considerá-lo como um ser humano com seus desejos e contradições

Um bom acompanhante é aquele que dentro de si mesmo aceita a condição de mortalidade e vive com relativa serenidade as mortes parciais que a vida lhe reserva. A equipe de enfermagem, para tornar-se um auxílio eficiente, deve aceitar e superar o seu sentimento de impotência e, qualquer que seja a atitude daquele que vai morrer, ela deve oferecer sua presença, embora não adquira resposta para os problemas que defronta, ela pode manifestar solidariedade, atenuando assim a cruel angústia da solidão do ser.

A morte é o último acontecimento importante na vida, e ninguém pode se privar dele, mas antes deve ser ajudado em tal momento, aliviar sofrimentos do enfermo, de tal forma que possa superar humanamente a última fase de sua vida. Isso significa que é necessário dar-lhe a melhor assistência possível. E esta não consiste somente nos cuidados físicos, mas também em prestar atenção aos aspectos humanos da existência, a fim de criar ao redor do enfermo uma atmosfera de confiança e calor humano na qual ele sinta o reconhecimento e a alta consideração para com sua existência humana [5].

Até mesmo para as crianças, o medo da morte é emergente. Um estudo realizado para compreender a experiência de filhos que possuem a mãe ou o pai internado em uma UTI, constataram que os sentimentos mais vividos por eles foram o sofrimento, medo e temor da morte do genitor [32].

Medo antecipado de morrer: negociar com a morte como maneira de enfrentá-la

Em uma sociedade onde é mórbido e indesejável se falar de morte, médicos, enfermeiros e

familiares conspiram para evitar que o ser tome conhecimento de sua morte iminente. Em geral o ser sabe que está caminhando para a morte e também conspira para esconder o seu sentimento, sua percepção.

Há necessidade da humanização como processo de transformação da cultura institucional que reconhece e valoriza os aspectos subjetivos, históricos e socioculturais dos enfermos e profissionais, melhorando as condições de trabalho e a qualidade do atendimento.

Somente quando as pessoas que atuam na área da saúde entenderem a morte como parte da existência é que poderão estar com o ser em sua terminalidade, não se antepondo à morte como um desafio à vida, mas como parte integrante e inalienável da mesma [29].

Na busca por resgatar a humanidade à morte, o espaço doméstico volta a ser pensado como local próprio para a vivência dessa experiência íntima e única na vida de cada ser humano, ainda que acompanhada do cuidado profissional. Tem sido objeto de reflexão também, sob diversos enfoques filosóficos, se o prolongamento biológico da vida de maneira artificial e indefinida é eticamente aceitável. Indagações são feitas, por fim, sobre como podemos enfrentar o nosso próprio medo da morte e, assim, nos colocarmos de maneira mais próxima diante do outro ser humano que enfrenta a experiência única de estar findando sua existência física.

Tais questões, de profundo cunho antropológico, envolvem um reposicionamento do ser humano diante da morte e, por serem os aspectos aqui apresentados resultado da construção histórico-sociocultural própria do Ocidente, precisam ser debatidas no seio da sociedade e não apenas na internalidade de um segmento profissional. No entanto, para que nós, profissionais da enfermagem, que lidamos quotidianamente com o processo de morte e do morrer do outro, possamos apreender o que esse processo significa, faz-se necessário caminharmos em direção à nossa própria humanidade e procurarmos entender o que ela traz em seu bojo

para então, e só então, postarmo-nos humanamente como profissionais que cuidam.

Talvez isso nos leve à compreensão de que a morte em si, na maioria das vezes, não é o grande problema para aquele que morre, mas sim o sentimento de desesperança, de desamparo e de isolamento que a acompanha, nascido do medo que as outras pessoas têm de enfrentar a certeza da sua própria morte.

A síntese dos estudos, portanto, leva a refletir que o medo da morte e sua relação com o cuidar em enfermagem ainda é um desafio pessoal, profissional e humano. Isto porque a morte tornou-se solene, mas também ritualizada, com lugar certo para se morrer, principalmente no ambiente institucionalizado tal qual a UTI ou mesmo em pacientes que vivem aquilo que consideram um mal: idade avançada, o câncer e a AIDS.

O medo de perder a individualidade e diluir-se na natureza ou no espaço está na base das interrogações sobre o sentido da vida. Por outro lado, mesmo sabendo que a perda faz parte do ciclo de vida, diante dos sentimentos de dominação e medo de morrer, as pessoas mantêm a crença (religiosidade) enquanto elemento interveniente e pedem a salvação divina.

Para os profissionais de enfermagem, o medo da morte ou da lesão permanente desencadeado pela falta de orientação e de preparo do ser para lidar com a situação, reflete o gênero humano. Assim, a dificuldade de acompanhar um ser fora de possibilidades terapêuticas, reflete que estes também são seres humanos com seus desejos e contradições, por isso a humanização é importante para enfrentar não somente a morte do outro, mas o medo da própria morte.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a análise de diversos autores que pesquisaram sobre o medo da morte enquanto mal identificou-se principalmente o medo da morte e da lesão permanente; a falta de preparo dos profissionais

de saúde para lidar com os próprios sentimentos diante da morte e a descrença, por parte das pessoas, quanto à cura para o câncer e a AIDS.

A falta de orientação ao indivíduo que sente o medo da morte revela uma busca pela crença ou religiosidade enquanto elemento interveniente para a salvação, a redução da angústia e a negociação com a morte como maneira de enfrentá-la.

O estudo evidenciou a morte como o mal temido, o qual diverge de cultura para cultura. Esse medo move o ser humano, mas faz parte do ciclo da vida, por isso, as pessoas mantêm a crença em uma vida eterna, além desta vida. Apesar disso, o morrer foi envolvido por rituais e tornou-se solene.

Um dos lugares que mais simboliza a ameaça de morte é a UTI, sendo a idade avançada, o câncer e a AIDS, um sinal de morte. Resta ao indivíduo a negociação com a morte, enquanto maneira de enfrentá-la.

Ao enfermeiro, que busca resgatar o humano dentro do processo de morte e do morrer, embora essencial à perspectiva do cuidado à pessoa e não apenas ao corpo biológico, não se apresenta como tarefa fácil, visto que nossa humanidade de profissionais da saúde e, portanto, da vida, se ressentem desse enfrentamento, temendo olhar-se no espelho da própria finitude.

Finalmente, o medo da morte, a sua ocultação ou o seu desvelar ainda é uma incógnita, pois, “o poder da religião depende, em última instância, da credibilidade das bandeiras que coloca nas mãos dos homens quando estão diante da morte, ou mais exatamente, quando caminha inevitavelmente para ela” (p.36) [1]. O medo da morte, portanto, pode ser visto como mal. Mas o que é o mal, senão a perspectiva que temos diante do diferente, do ameaçador, do desconhecido?

COLABORADORES

MSE BRASILEIRO colaborou na definição do tema, pesquisa bibliográfica, análise dos estudos, escrita prévia, análise dos estudos coletados, submissão. JE BRASILEIRO colaborou na pesquisa bibliográfica, análise crítica dos estudos, referências bibliográficas, revisão gramatical.

REFERÊNCIAS

1. Berger PL. O dossel sagrado: elementos para uma teoria sociológica da religião. 4ª ed. São Paulo: Paulus; 2003.
2. Champlin RN. Enciclopédia de Bíblia, Teologia e Filosofia. São Paulo: Candeia; 1997.
3. Weber M. Economia e sociedade. Brasília: UNB; 1991. v.1.
4. Kubler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes; 2001.
5. Pessini L. Morrer com dignidade. São Paulo: Santuário; 1990.
6. Melo LSG, Brasileiro MSE. POP: Procedimentos Operacionais Padrão – semiologia e semiotécnica em enfermagem. Goiânia: AB Editora; 2013.
7. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.480/97. Brasília: CFM; 1997 [acesso 2017 out 22]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1480_1997.htm
8. Kovács MJ. Morte e desenvolvimento humano. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1992.
9. Champlin R. Enciclopédia de bíblia, teologia e filosofia. São Paulo: Candeia; 1997. v.1.6.
10. Goleman D. Inteligência emocional. 13ª ed. Rio de Janeiro: Objetiva; 1995.
11. Thomas LV. Anthropologie de la mort. Paris: Payot; 1975. v.31.
12. Terra MB, Garcez JP, Noll B. Fobia específica: um estudo transversal com 103 enfermos tratados em ambulatório. Rev Psiquiatr Clin. 2007;34(2). <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000200002>
13. Platão. Fédon. Belém: UFPA, 2002.
14. Becker E. A negação da morte. 2ª ed. Rio de Janeiro: Record; 1995.
15. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvao CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2008;17(4):758-64. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
16. Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 1998.
17. Simmel G. La tragedie de la culture et autre essais. Paris: Rivage; 1988.
18. Brito FC, Ramos LR. Serviços de atenção à saúde do idoso. In: Papaléo NM. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 2002. pp.44-59.
19. Alberti V. História oral a experiência do CPDOC. Rio de Janeiro: FGV; 1990.

20. Ferreira ABH. *Minidicionário Aurélio*. São Paulo: Nova Fronteira; 2005.
21. Mazzo GZ, Benedetti TB. Condições de vida dos idosos institucionalizados na grande Florianópolis. *Rev Ciênc Saúde*. 1999;18(2):511-56.
22. Aires P. *O homem perante a morte*. Lisboa: Biblioteca Universitária; 1977.
23. Baudrillard J. *As trocas simbólicas e a morte*. São Paulo: Loyola; 1996.
24. Nakatani AYK. O ensino de diagnóstico de enfermagem através da pedagogia da problematização. *Rev Eletrônica Enferm*. 2000;2(1).
25. Silva CA. O significado da morte do amigo-companheiro para o idoso asilado [dissertação]. Salvador: UFBA; 2004.
26. Laplantine F. O messianismo, a possessão e a utopia face a doença. In: Calvalcante AM, Coordenador. *Fé, saúde, poder: taumaturgos, profetas, curandeiros*. Fortaleza: Universidade do Ceará; 1985. pp.77-93.
27. Kenner C. *Enfermagem neonatal*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso; 2001.
28. Lima CC. Enfrentamento da AIDS entre mulheres infectadas em Fortaleza. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(1):90-7.
29. Boemer MR, Corrêa AK. Repensando a relação do enfermeiro com o doente: o resgate da singularidade humana. In: Branco RFG. *A relação do ser: Teoria, ensino e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1994. pp.263-269.
30. Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Situação mundial da infância 2008: sobrevivência infantil*. São Paulo: Unicef; 2007 [acesso 2017 out 22]. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/sowc2008_br.pdf
31. Peltier WR. A observação da modernidade. *Ann Rev Earth Planetary Scienc*. 1986;10(3):34-7.
32. Lima FA, Amazonas MCLA, Barreto CLBT, Menezes WN. Sons and daughters with a parent hospitalized in an Intensive Care Unit. *Estud Psicol (Campinas)*. 2013;30(2):199-209. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2013000200006>

Recebido: maio 14, 2016

Versão final: setembro 22, 2017

Aprovado: outubro 20, 2017