**A PERCEPÇÃO EMOCIONAL DE UM PACIENTE COM CÂNCER FRENTE A POSSÍVEL MORTE**

Maryse Santos[[1]](#footnote-2)

**RESUMO.**

O câncer é a doença que mais mata no mundo, considerada o mal da sociedade contemporânea. Na antiguidade era a peste negra, hoje tem uma substituta mais que a altura o câncer, que mata milhares de pessoas em todo o mundo. Somos apenas vitimas de nós mesmos. Com ênfase nesta ideia de morte foi desenvolvido este artigo, justamente por conta do papel do enfermeiro frente a situações complexas como essa, como contar ao individuo que esta com um câncer evoluído, como ele ira reagir, o artigo mostra tudo isso.

PALAVRAS CHAVE: Câncer, sociedade, morte, mundo.

**INTRODUÇÃO.**

O artigo foi elaborado através de informações de um estudo de caso feito pro acadêmicos de enfermagem, no qual o paciente era do sexo masculino, de 65 anos de idade, natural de Tucano-BA, deu entrada no pronto socorro com suspeita de Câncer gástrico, que foi confirmado. O artigo os estágios da morte, onde as vezes o paciente passa e em outras não como é o caso, aborda também a importância das intervenções do enfermeiro com a família do paciente, ir mostrando aos poucos as possibilidades de ocorrer um fato trágico e fala também da questão da mudança ocasionada pela morte e o nascimento, desses dois paradigmas.

**OBJETIVO.**

Compreender os aspectos emocionais que a patologia proporciona ao paciente com câncer, e como o enfermeiro deve agir na temática da morte, junto ao paciente e a família.

**METODOS.**

O texto foi desenvolvido através de estudo de caso verídico, onde a coleta foi realizada por acadêmicos do curso de enfermagem da faculdade AGES através do projeto integrador. Foi abordado um problema que leva a outro, o Câncer gástrico que tem um potencial de lesão muito elevado, que na maioria dos caso levam a morte do individuo, justamente por conta de ser uma patologia que se aproveita e age de forma silenciosa, quando vão perceber já estão no estagio delicado ou final. Através deste problema discorremos outro, a questão da aceitação.

**DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO DO CASO.**

O Brasil vive uma realidade econômica nunca vista antes, quase não existe miséria no país, o índice de desenvolvimento humano aumentou, assim tambémcom as ofertas de trabalho e o salário, pena que na saúde não se pode dizer o mesmo, os sistemas hospitalares vivem uma decadência que só era vista muitos anos atrás, são unidades com leitos inapropriados, hospitais com baixa capacidade de leitos e atendimentos e entre tantos outros problemas. Desta forma o atendimento se torna fragmentado, os profissionais deixam de se preocupar com o qualitativo e se apegam ao quantitativo, assim ocorrendo à falta de humanização, mas não se pode culpar a equipe de saúde por isso, os maiores culpados são os gestores que não fazem a distribuição da verba adequada. Pacientes que precisam de uma maior atenção da equipe de enfermagem, principalmente os de estado terminal, ficam submissos ao apoio apenas da família, desta forma não acontecendo o cuidado e acolhimento devido.

O país tem o melhor sistema de saúde do mundo, o SUS (Sistema Único de Saúde) criado na 8° conferencia nacional de saúde, da constituição de 1988, um grande influenciador para a criação do sistema foi à reforma sanitária, realizada por volta dos anos 1970, gerado pela população que estava cansada de sofrer com a precariedade da saúde na época. Hoje a saúde vive outra realidade de quarenta e um anos atrás, a saúde melhorou muito é claro, mas não estáadequada ainda, muitas regiões brasileiras vivem em situações de alarmantes principalmente o nordeste, onde não se têm nem lençóis para forrar leitos, quanto mais o cuidado com os pacientes que morrem pelos corredores dos hospitais, por conta de falta de atendimento e cuidados adequados.

O cuidado voltado para a enfermagem, segundo Waldow (1998), abrange o processo de saúde de adoecimento de invalidez de empobrecimento, pois ele busca promover, manter ou recuperar a dignidade e a totalidade humana. Nessa vida o individuo precisa de cuidados até em seu estado terminal, ou seja, no leito da morte propriamente dito.

Ao acompanhar o paciente hospitalizado, a equipe de saúde se empenha em lutar contra a doença. Dessa forma, pode-se perceber que esse seria definido como um fator marcante que eleva a dificuldade de lidar com os terminais, pois a impossibilidade de cura passa a ser sentida como sinal de fracasso. Assim, atuar junto ao paciente terminal é estar no centro de uma batalha, o que se evidencia a partir da linguagem bélica empregada. (QUINTANA, 2006)

Se tiver uma coisa que homem tem mais medo nesta vida é a “morte”, é quando se chega ao fim da linha. “Seus vestígios podem ser vistos diariamente nos corredores dos hospitais e no rosto de quem acompanha os desolados” (KLUBLER-ROSS, 2008 p. 7). Diariamente vemos o descaso do poder público com a saúde da população, são hospitais superlotados, onde não se tem mais vagas nem nos corredores, o atendimento fragilizado das equipes, principalmente com pacientes que precisam mais que um remédio e sim de um pouco de atenção, são situações como essas que levam muitos pacientes a óbito.

“A morte é um problema dos vivos. Os mortos não têm problemas. Entre muitas criaturas que morrem na Terra, a morte constitui um problema só para os seres humanos. Embora compartilhem o nascimento, a doença, a juventude, a maturidade, a velhice e a morte com os animais, apenas eles, dentre todos os vivos, sabem que morrerão; apenas eles podem prever seu próprio fim, estando cientes de que pode ocorrer a qualquer momento e tomando precauçõesespeciais – como indivíduos e como grupos – para proteger-se contra a ameaça da aniquilação” (ELIAS, 2001 p. 10).

É muito difícil explicar ao paciente que ele vai morrer, ainda mais em uma unidade fragmentada, que não oferece subsídios adequados para um acolhimento adequado. Pacientes moribundoslevam certo tempo para aceitar a sua condição terminal, passam por cinco estágios; negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação, é um processo linear, assim é o processo natural da vida, têm inicio meio e fim. “O importante é comunicar ao paciente que nem tudo esta perdido; que não vai abandoná-lo por causa de um diagnóstico; que é uma batalha que tem que travar juntos – paciente, família e médico -, não importa o resultado final” (KUBLER-ROSS, 2008 p. 34). Essa não é apenas uma posição médica, abrange toda equipe de enfermagem, é quando o paciente precisa de cuidados dobrado, uma maior atenção dos demais profissionais da unidade, é quando se deixa as técnicas um pouco de lado e passa a ser formal e interpessoal, não se importando muito com determinados procedimentos burocráticos, afinal o cuidado não é um procedimento. Segundo Cortella (2009) “E são milhares e milhares de pessoas que se sentem bem fazendo o que fazem nos hospitais, nas fabricas, nas redações, nas escolas”.

“O cuidado não é exatamente a técnica que se faz, o procedimento, como, por exemplo, um curativo, uma troca de decúbito. O que diferencia o cuidar de um procedimento é a preocupação, o interesse, a motivação, expressos em um movimento, em um impulso que nos dirige no sentido de fazer algo para ajudar” (WALDOW, 2008 pg. 69).

É muito fácil sensibilizar-se com os problemas de outras pessoas, quando sabemos de mortes trágicas com desconhecidos, nunca passa pela cabeça que aquilo tudo pode acontecer em nosso âmbito familiar, isso por que não estamos preparados a aceitar a morte em nem uma de suas formas, principalmente quando nos deparamos com um ente querido em um estado terminal, internado em uma unidade publica que não oferece atendimento adequado. A família sofre junto, acompanha cada lágrima derramada. “Pode ser que neguem o fato de que haja tal doença na família ou “comecem a andar” de médico em médico na vã esperança de ouvir que houve erro no diagnóstico” (KUBLER-ROSS, 2008 p, 174).

Os familiares entram em um estado de alienação, tentando reverter o quadro clínico, que muitas vezes acaba sendo algo cansativo ao paciente, o mesmo cria uma esperança de que tudo aquilo esteja errado com os novos exames, mas sempre acaba dando no mesmo, o estado acaba piorando, assim ficando com emocional fragilizado, ainda mais se estiverem em unidades hospitalares precárias. “Á fragilidade dessas pessoas é muitas vezes suficiente para separar os que envelhecem dos vivos, Sua decadência as isola, podendo tronar-se menos sociáveis e seus sentimentos menos calorosos sem que se extinga sua necessidade dos outros” (ELIAS, 2001 p. 08).

O cuidado não mexe apenas com corpo em si, mas também com espiritualidade, pacientes com doenças crônicas e terminais, tem um risco de ter a espiritualidade comprometida. A angústia espiritual é classificada como diagnóstico de enfermagem pela North American NursingDiagnosisAssociation (NANDA) desde 1978 (FARAH, 2008). O que deve ser feito é se sensibilizar com o que esta acontecendo com o outro, tomar aquele sofrimento como se fosse de um familiar mais próximo, ou até mesmo seu. Assim, vai-se delineando a importância da espiritualidade para os profissionais da área da saúde (FARAH, 2008).

O difícil para os familiares é quando os cinco estágios da morte chega ao fim, quando a linha da vida se acaba. É complicado ver seu ente querido pálido, sem nem uma gota de vida circulando nas veias, e vem logo na mente uma vontade alucinada de gritar desesperadamente, mas gritar com raiva, fúria por ver aquele fato relatado há meses ou dias a trás virar realidade. Ninguém esta pronto para lidar com a morte, nem mesmo os profissionais de saúde que convivem com a mesma diariamente, são em ocasiões como essa que a solidão bate com vontade, vem um vazio, é como relata Kubler-Ross (2008) “É nesta ocasião que os familiares se sentiram gratos se houvesse alguém com quem pudessem conversar, especialmente se esse alguém tiver tido contato recente com o falecido” (...).

Amorte é um processo que gera sofrimento, mas isso varia em determinadas culturas, que consideram a morte como uma libertação, um privilégio cedido pelos deuses. Para os brasileiros que tem como religião predominante a catolicismo, a morte é o primeiro passo para a ressureição da carne para uma vida eterna, assim como a de “Cristo”. “Na verdade não é a morte, mas o conhecimento da morte que cria problemas para os seres humanos” (ELIAS, 2001, p. 11).Em outras crenças religiosas como o espiritismo, a morte é uma desencarnação, é quando o espirito se liberta da matéria que o prende, mas também pode ser considerado um processo de renovação, essa é uma visão Kardecista. “A origem da doutrina espirita é a “codificação”, desenvolvida por Allan Kardec em meados do século XIX” (CAVALCANTE, 2006). É como diz Boff (2005) “Destarte, morre não é caminhar para um fim-limite. É peregrinar para o fim-meta alcançado. Por isso, nós não vivemos para morrer. Morremos para ressuscitar. Para viver mais e melhor.” Silva(2010) também fala da simplicidade de muitos pacientes familiares, onde muitos sabem lidar com problemas como esse, mesmo sendo pessoas que não tem um nível econômico adequado.

Em contato com pessoas simples que estão marcadas pela pobresa, encontramos, as vezes, uma espécie de riqueza que, ao que parece, nunca alcançaremos. Existem fatos que um pobre encara com tal abertura, naturalidade e alegria, que a gente tem a impressão de que esta pessoa já vivem com uma pequena reserva no céu. (SILVA, 2010 p. 121)

Assim pode ser concluído que a morte de pacientes terminais passa por dois paradigmas; o primeiro não se pode fugir, adiar é possível, mas fugir nunca, assim é a “morte”, pode ser considerado um sistema, que troca o velho pelo novo, sempre renovando as maquinas sorrateadas, o outro é o “nascimento” sinônimo inovação, esse processo ocorre a todo o momento, nunca para, sempre tem uma paciente morrendo e outro nascendo, assim é a vida “linear”, que sempre acaba na morte. “A morte não é terrível. Passa-se ao sono e o mundo desaparece – se tudo ocorrer bem” (ELIAS, 2001 p. 76).

**CONCLUSÃO.**

E a enfermagem tem um papel muito importante no ultimo momento de vida de um paciente, não apenas para o mesmo, mas também para a família, que acompanhou todo esse processo de sofrimento, que derramou lagrimas, teve esperanças quebradas por vários diagnósticos e entre tantas outras coisas. “Aqueles que tiverem a força e o amor para ficar ao lado de uma paciente moribundo, com o silêncio que vai além das palavras, saberão que tal momento não é assustador nem doloroso, mas um cessar em paz do funcionamento do corpo” (KUBLER-ROSS, 2008 p. 282). O Câncer proporciona sofrimento para o paciente e familiares, cansaço para o paciente e familiares, onde as vezes a morte é uma solução, tanto para a família, quanto para o paciente. Este artigo mostra um caso verídico ocorrido na cidade de Tucano-BA de J.K.S.S. de 65 anos um idoso, que reque uma maior preocupação e atenção tanto da família quanto do estado que gasta tanto, mas é mal distribuído. Felix (2010) “O Brasil gasta atualmente mais de R$ 50 bilhões com a saúde”.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

* KLUBLER-ROSS, Elisabeth, 1926-. **Sobre a Morte e Morrer:** O que os Doentes terminais têm Para Ensinar a Médicos, Enfermeiros, Religiosos e aos Seus Próprios Parentes / Elizabeth, Kubler-Ross; [tradução Paulo Mendes]. – 9°. ed. – São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2008.
* ELIAS, Norbert, 1897-1990. **A Solidão dos Moribundos**, seguido de envelhecer e morrer / Norbert Elias; tradução, Plinio Dentzien. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 2001.
* WALDOW, Vera Regina. **Cuidado humano**: o resgate necessário. 3 ed. Porto Alegre: Sagre Luzzatto, 1998.
* FARAH, Olga Guilhermina Dias. **Psicologia aplicada a enfermagem**/ organizadores, Olga Guilhermina Dias Farah, Ana Cristina de Sá. – Barueri SP – Manole, 2008.
* WALDOW, Vera Regina. **Bases e Princípios do conhecimento e da arte da enfermagem /** Vera Regina Waldow. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. – (Série Enfermagem)

### QUINTANA, Alberto Manoel; KEGLER, Paula; Santos, MaúchaSifuentes; LIMA, Luciana Diniz. Sentimentos e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal.Paidéia (Ribeirão Preto) v.16 n.35 Ribeirão Preto set./dez. 2006; disponível em: http: dx.doiorg/10.1590/S0103-863X2006000300012; acessado em 20 de outubro de 2012.

* CALVACANTE, Maria Laura Viveiros de Castro. **Vida e Morte no Espiritismo Kardecista.** Relig. Soc. Vol.1. no.se Rio de Janeiro, 2006. Disponível em socialsciences.**scielo**.org/**scielo**.php?pid...sci. ; acessado em 20 de outubro de 2012.
* DA SILVA, AngelaGehrke. **A parteira do monte azul..**salvador – Bahia, JM Gráfica e editora Ltda, 2010,1° Edição.
* BOFF, Leonardo, 1938. **Ética da vida.** Rio de Janeiro: Sextante, 2005.
* FELIX, Jorge. **Viver muito: outras ideias sobre envelhecer bem no séc. XXI (e como isso afeta a economia e o seu futuro).** – São Paulo>Leya, 2010.
* CORTELLA, Mario Sergio. **Qual a tua obra? : inquietação propositiva sobre gestão, liderana e ética.** 7°. ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

1. Acadêmica do Curso de Enfermagem da Faculdade AGES em Paripiranga/BA. [↑](#footnote-ref-2)