

Uma boa morte

Introdução

A morte é o que temos de mais certo, diz o povo. De facto não é possível conceber a vida sem a morte, porque sem ela não haveria renovação e evolução. Espécies inteiras apareceram e desapareceram ao longo do tempo em que há vida na terra e o *Homo sapiens sapiens* é das mais recentes. Só foi possível o seu aparecimento por esse processo de nascimento e morte contínuos.

Sabendo que a morte é inevitável, geralmente tomamo-la como uma realidade vaga, longínqua, não desejada e temível. Por isso, sempre houve sistemas para ajudar as pessoas a lidar com a morte. Desde logo as religiões, para a maioria das quais a morte, de facto, não existe. Mas, não podendo prometer a vida continuamente na Terra, tentam resolver a questão de outra maneira: para umas, existe a reencarnação, o que significa que, após a morte do corpo, a pessoa volta a viver noutro corpo; para outras, como a católica, à morte do corpo segue-se a vida eterna de felicidade. No entanto, essa vida eterna de felicidade não é para todos, porque há a possibilidade de se ir para o Inferno [1].

Mas, a influência da religião apenas poderá influenciar os crentes e, possivelmente, não tranquilizará a maioria. Por outro lado, a sociedade ocidental tem vindo a secularizar-se, sobretudo na América do Norte e na Europa ocidental, pelo que o papel das religiões na ajuda ao lidar com o medo da morte, poderá ter algum papel mas está a diminuir.

Em geral, para a filosofia o homem racional vence o medo da morte, mas o modo de o vencer é diverso. Para Montaigne, “filosofar é aprender a morrer” [2]. Portanto, é preciso pensar nela com frequência, atitude com que concordam os epicuristas e os estóicos. E, Epicuro afirmou que “a morte não é nada para nós... porque quando estamos vivos, a morte não veio, e quando a morte vem, nós já não estamos” [3]. De outro modo pensava Espinosa para quem “O homem livre em

nada pensa menos que na morte; e a sua sabedoria não é uma meditação da morte, mas da vida” [4].

Mesmo que se vença o medo da morte, o processo de morrer pode ser mau porque pode ser doloroso e associado a sofrimento intenso, pelo que, quando se fala no medo da morte, é provável que as pessoas se refiram ao processo que conduz à morte.

Evolução da relação com a morte através do tempo

Ao longo do tempo as normas sociais sobre a agonia e morte foram mudando. Na idade da pedra as comunidades eram pequenas de caçadores-recolectores e a vida era geralmente curta. Deduz-se que a média era de cerca de 36 anos e raramente ultrapassava os 50 [5]. A mortalidade infantil era muito alta. A vida dos caçadores-recolectores era muito dura e a morte ocorria por uma mistura de doença, malnutrição e traumatismos. A morte era em geral súbita, de acidente, traumatismo ou predação humana ou animal, não dando tempo a preparação. Por isso, a maioria não passaria por uma fase de agonia, esta era como uma experiência pós-morte. Isto é, a agonia como a entendemos hoje, como um período durante a vida com uma transição social para a pessoa que está a morrer, não existia antes da morte. Esses processos sociais estavam dependentes dos sobreviventes que os realizavam em nome do morto. Ao morto era dado um processo de morrer pelos familiares sobreviventes ou membros do grupo [5].

Há cerca de 12000 anos deu-se o início da agricultura e da domesticação de animais e a fundação das primeiras aldeias e cidades. A esperança de vida aumentou e o tipo de morte violenta característica dos caçadores-recolectores já não se verificava com a mesma frequência, sendo mais provável que as pessoas sentissem a morte a aproximar-se [5]. Então, a preparação para a morte tornou-se importante e as pessoas queriam ter uma boa morte. Uma boa morte não era uma morte rápida ou súbita, como muitas vezes parece ser o que se pretende hoje, mas que fosse precedida desse tempo necessário para a preparação material e espiritual. A morte

repentina era, na Idade Média considerada infame e vergonhosa, excepto a morte dos guerreiros no campo de batalha [6]. *A subitanea et improvisa morte, libera nos, Domine* (de uma morte repentina e imprevista, livrai-nos, Senhor) é uma das invocações da Ladainha dos Santos.

Na sociedade moderna globalizada as divisões sociais tradicionais esbateram-se, como a localização, o sexo, a religião, a etnia e a classe social [5]. A evolução da medicina e das condições sociais nas sociedades industrializadas provocaram um aumento muito grande da esperança média de vida. Por outro lado, a movimentação fácil das pessoas reactivou infecções antigas com a tuberculose e dispersou outras recentes como o VIH. A globalização criou um misto de riqueza e pobreza e esperanças de vida curtas e longas, conforme as nações sejam ricas ou pobres. Muitas mortes não são boas nem bem geridas. A morte tornou-se uma questão vergonhosa, vista negativamente. A maior longevidade causa muitos problemas de deterioração física e mental, e o aumento do número de anos de vida não significa um aumento de anos de bem-estar. Socialmente, há também questões de abandono, solidão e institucionalização nos últimos meses ou anos de vida. A parte final, o morrer, ocorre muitas vezes em circunstâncias em que é duvidoso que faça já parte da vida [5].

Neste contexto, é natural que surja a questão de se querer controlar as circunstâncias da própria morte. Surgem assim as questões ligadas ao testamento vital, às ordens de não ressuscitação e também à morte assistida, englobando neste termo a eutanásia e a morte medicamente assistida.

Negação

A atitude tradicional nas sociedades ocidentais era a revelação da aproximação da morte, o *nuncio mortis*, que era uma obrigação, mas a partir da segunda metade do século XIX a situação começou a mudar e essa revelação passou ser evitada [7]. Esta nova atitude é ilustrada na famosa obra de Tolstoi “A morte de Ivan Ilitch” [8]. Essa forma de proteger os doentes

escondendo-lhes a sua verdadeira situação prolongou-se até que começou a mudar a partir dos anos 70 do século XX, para uma preferência dos médicos e dos doentes pelo conhecimento da real situação [9], embora com muitas diferenças entre os países, em muitos dos quais há ainda uma grande preferência em não revelar o diagnóstico e sobretudo o prognóstico de uma doença grave.

A morte é uma ameaça, por isso o conhecimento de que se contraiu uma doença grave que pode conduzir à morte provoca naturalmente uma reacção a essa ameaça, que inicialmente é caracteristicamente a negação. A negação seria assim um mecanismo de defesa interno, inconsciente, um modo adequado de lidar com a morte. A natureza inconsciente da negação é fundamental para o alívio da ansiedade, não é uma racionalização

Aceitação

A aceitação, segundo várias opiniões, é uma condição indispensável para uma boa morte. Segundo Kübler-Ross, se um doente tiver tempo suficiente e se tiver alguma ajuda para atravessar os estádios anteriores, por ela descritos (negação, raiva, negociação, depressão) poderá atingir um estado em que não está nem deprimido nem zangado com o seu destino [10]. Não é uma desistência resignada e sem esperança. Não é também um estado feliz. É quase vazio de sentimentos [10]. Os doentes que continuam a lutar até ao fim mantêm uma esperança que torna difícil que atinjam o estado de aceitação. Esta luta é, no entanto, frequentemente encorajada pelos familiares e pelos profissionais de saúde e, por outro lado, a aceitação pode ser vista como uma cobardia.

Para outros, o estágio final pode ser de aceitação ou desespero [11]. A pessoa que está satisfeita com a sua vida e que aceita os seus sucessos e fracassos geralmente aceitará a sua morte iminente, mas os que não estão satisfeitos com a sua vida e compreendem que ela é já demasiado curta para tentar outros caminhos, podem sentir-se desesperados [11].

Levar os doentes a aceitarem a morte é uma finalidade dos cuidados paliativos. Os profissionais de saúde, nomeadamente os médicos devem, além de reconhecer as diversas fases do processo de evolução para a morte, ajudar os doentes a atingirem esse estágio de aceitação. Devem ainda desempenhar esse papel relativamente aos familiares, ajudando-os a aceitarem um mau prognóstico e a facilitar a comunicação dos doentes com os seus familiares ajudando-os assim a aceitar a morte e a tomar decisões [11].

No entanto, para Buckman a aceitação não é essencial a uma boa morte desde que o doente não esteja angustiado, comunique normalmente e tome decisões adequadas, por exemplo, no que diz respeito ao tratamento e às disposições sociais [12]. Isto está de acordo com um estudo recente, de revisão da literatura, sobre a aceitação em que se concluiu também que a aceitação não é essencial desde que não interfira com os cuidados, porque a sua função não é só psicológica mas estende-se para o mundo prático da decisão médica [11].

O que é uma boa morte?

Na comunidade dos profissionais de saúde e, em particular, nos cuidados paliativos tem havido alguma discussão sobre o conceito de uma boa morte. Numa definição de 1997, uma boa morte era “sem *distress* nem sofrimento evitáveis para o doente, família e cuidadores em geral, de acordo com os desejos do doente e da família e razoavelmente consistente com os padrões clínicos, culturais e éticos”. Este conceito foi muito criticado, em particular, por não se poder estabelecer um critério externo de boa morte porque está dependente das perspectivas do indivíduo que está a morrer [13].

Numa revisão da literatura, publicada em 2016, de 36 artigos publicados entre 1996 e 2015 (Estados Unidos -13; Reino Unido -7; Japão – 3; Holanda – 3; Tailândia -2; Irão -1; Israel – 1; Canadá -1; Nova Escócia -1; Arábia Saudita -1; Coreia do Sul -1; Suécia -1; Turquia – 1), nos quais foram incluídos doentes, familiares e profissionais de saúde.

Foram identificados 11 temas, cada um com 2 a 4 subtemas. O tema mais frequente para todos os grupos foi a “preferência para o processo de morrer” que foi referido por 94% dos artigos. Essas preferências incluíam os subtemas: cena da morte (como, quem, onde e quando), morte durante o sono e a preparação para a morte (directivas antecipadas, organização do funeral, etc.). O “estado livre de dor” foi o segundo tema (81%), seguido do bem-estar emocional (64%).

Quatro temas – completar da vida, preferências do tratamento, dignidade e família – foram referidos por mais de 50% dos 3 grupos. O tema do completar da vida incluía os subtemas da despedida, o sentimento de que a vida foi bem vivida e a aceitação da iminência da morte. As preferências quanto ao tratamento incluíam os subtemas relacionados com o não prolongamento da vida, a crença de que todos os tratamentos disponíveis foram usados, a sensação do controlo sobre as escolhas do tratamento e a eutanásia e o suicídio medicamente assistido. A dignidade consistia em ser respeitado como indivíduo e a manutenção da independência. A família incluía o suporte familiar, a aceitação da morte pela família, a preparação da família para a morte e não ser uma sobrecarga para a família.

Para os familiares no luto ou pré-luto classificaram 8 dos temas com 70% ou mais. O mais frequente foi a preferência pelo processo de morrer (100%). Estado livre de dor (90%) e o completar da vida (80%). A relação com os profissionais foi o tema menos importante para os 3 grupos.

Para os profissionais o tema mais frequente foi o processo da morte (94%), o estado livre de dor (83%), a dignidade (67%) e o bem-estar emocional (67%). Para os profissionais, os temas menos referidos foram o completar da vida (56%), a relação com os profissionais (39%) e a qualidade de vida (22%).

Verificaram-se então diferenças entre os grupos na frequência dos temas. A maior diferença foi para a qualidade de vida, que foi mais referida pelos familiares (70%), do que pelos doentes

(35%) e pelos profissionais (22%). Os familiares identificaram a importância da família e a manutenção da dignidade (70%) um pouco mais alta do que os doentes (55%). Já a religiosidade / espiritualidade foi referida mais frequentemente pelos doentes (65%) do que pela família (50%).

É necessária mais investigação sobre este assunto, porque os estudos são heterogêneos, dificultando uma análise conjunta dos diversos dados. É necessário, no entanto, notar que o mais importante é o que para cada doente concreto é o mais relevante, quais os aspectos que quer ver resolvidos e quais os objectivos que quer ver alcançados. Isto significa que a preparação para uma boa morte começa muito antes da fase agónica, porque quando esta chega pode não haver já oportunidade para isso. No entanto, para alguns isto não fará sentido e continuarão a querer lutar e talvez essa seja a sua forma de terem uma boa morte.

Referências

1. Catecismo da Igreja Católica. Coimbra: Gráfica de Coimbra. 2ª ed. 1999:1035.
2. Murphy JG. Rationality and the fear of death. Em: Fischer JM, ed. The metaphysics of death. Stanford, California: Stanford University Press; 1993:43-58.
3. Rosenbaum SE. How to be dead and not care: a defence of Epicurus. Em: Fischer JM, ed. The metaphysics of death. Stanford, California: Stanford University Press; 1993:117-134.
4. Espinoza B. Da servidão humana ou das forças das afecções: proposição LXVII. Em Espinoza B. Ética. Lisboa: Relógio D'Água Editores, 1992:423-424.
5. Kellehear A. A social history of dying. Sydney. Cambridge University Press 2007.
6. Ariès P. Mors repentina. Em: Ariès P. O Homem perante a morte – I. Publicações Europa-América 1977:19-22.
7. Ariès P. O início da mentira. Em: Ariès P. O Homem perante a morte – II. Publicações Europa-América 1977:311-313.
8. Tolstoi L. A Morte de Ivan Ilitch. Alêtheia Editores 2015.
9. Novack DH, Plumer R, Smith RL, Ochitill H, Morrow GR, Bennet JM. Changes in physicians' attitudes toward telling the cancer patient. JAMA 1979;241:897-900.
10. Kübler-Ross. Fifth stage: acceptance. Em: Kübler-Ross. On death and dying. New York Toughstone 1997:123-146.
11. Zimmermann C. Acceptance of dying: A discourse analysis of palliative care literature. Soc Sci Med 2012;75:217-224.
12. Buckman R. How to break bad news: A guide for health-care professionals. London: Pan Books 1994.
13. Meier EA, Gallegos JV, Montross-Thomas LP, Depp CA, Irwin SA, Jeste DV. Defining a good death (successful dying): literature review and a call for research and public dialogue. Am J Geriatr Psychiatry 2016; 24:261–271.