

## SOBRE A MORTE E O MORRER PARA FISIOTERAPEUTAS QUE CUIDAM DE PACIENTES ONCOLÓGICOS EM FASE TERMINAL: UM ESTUDO QUALITATIVO

Mayara do Socorro Brito dos Santos; Edilene do Socorro Nascimento Falcão Sarges; Victor Augusto Corrêa Cavaleiro.

*Universidade Federal do Pará, mayara\_britosantos@hotmail.com*

### Resumo do artigo

**Introdução:** O envelhecimento da população tem criado novas demandas diante das quais o sistema de saúde deverá se reorganizar. À medida que uma doença progride, torna-se maior a necessidade de cuidados paliativos, o que os torna quase que exclusivos ao final da vida. **Objetivo:** Compreender como reagem à morte os fisioterapeutas que cuidam de pacientes oncológicos em fase terminal. **Metodologia:** Trata-se de um estudo qualitativo de caráter exploratório, no qual participaram quatro fisioterapeutas da equipe de Cuidados Paliativos, do Hospital Ophir Loyola. As informações foram colhidas através de uma entrevista semiestruturada e analisadas por conteúdo. **Resultados e discussão:** Os relatos dos fisioterapeutas geraram quatro categorias de análise: Relação profissional-paciente: o processo de cuidar e suas dificuldades; Sentimentos e seus significados em relação ao processo de morte e morrer; O apoio encontrado na equipe multiprofissional; Tríade equipe de saúde - paciente – família: os desafios e as expectativas encontradas em relação ao futuro do paciente. **Conclusões:** Em geral, a relação entre o fisioterapeuta e o paciente é de extrema importância para ambos, mesmo que alguns profissionais prefiram manter levantado um escudo de proteção emocional entre si. Diante de uma morte, o apoio da equipe multiprofissional faz-se fundamental para compartilhar experiências e suportar a dor da perda. E não se deve esquecer que é necessário ao profissional ser verdadeiro e sincero, fornecendo informações concretas e reais, para que as relações tanto com o paciente quanto com seus familiares sejam de total confiança.

**Palavras-chave:** Fisioterapia; Cuidados Paliativos; Relação Profissional-Paciente; Envelhecimento; Morte/Luto.

## INTRODUÇÃO

De 1940 a 2015, a esperança de vida no Brasil para ambos os sexos passou de 45,5 anos para 75,5 anos, um aumento de 30 anos. A população muito idosa, àquela de 80 anos ou mais, terá um grande e rápido crescimento, levando a um processo de transição demográfica e de envelhecimento populacional.<sup>1,2</sup>

O envelhecimento da população tem criado novas demandas diante das quais o sistema de saúde deverá se reorganizar. Em 2030, ao alcançar os 60 anos, os brasileiros conseguirão viver duas décadas adicionais; as decisões sobre prevenção e tratamento de doenças, portanto, deverão se basear não na idade, mas na expectativa de vida dos indivíduos. A abordagem de idosos com múltiplas comorbidades crônicas deve ser interdisciplinar envolvendo necessariamente uma equipe gerontológica, cujos objetivos devem ser melhorar a qualidade de vida do paciente e sua família, evitar a iatrogenia, prevenir as complicações de doenças estabelecidas e aumentar, preservar ou recuperar a capacidade funcional.<sup>3</sup>

Entende-se por doenças crônico-degenerativas aquelas de curso evolutivo e incapacitante, que não são passíveis de cura, como por exemplo, as que acometem os sistemas cardiovascular, respiratório, osteoarticular, as demências, o câncer, etc.; essas doenças podem acometer pessoas de todas as faixas etárias, porém o envelhecimento é o maior fator de risco para sua ocorrência.<sup>4</sup>

À medida que uma doença progride, torna-se maior a necessidade de cuidados paliativos, o que os torna quase que exclusivos ao final da vida; a proposta de cuidados paliativos configura-se como uma atenção a todos os pacientes com doenças graves, progressivas e incuráveis, que ameacem a continuidade da vida, com o objetivo de oferecer qualidade de vida ao paciente e à família, buscando a prevenção e o alívio do sofrimento, além do tratamento impecável da dor e de outros sintomas, sejam esses de natureza física, psicossocial, espiritual, entre outras.<sup>5</sup>

Inseridos dentro de uma visão holística, que considera não somente a dimensão física, como também as preocupações psíquicas, sociais e espirituais dos pacientes, os cuidados paliativos não têm como objetivo prolongar a vida e alcançar a cura das doenças, mas sim oferecer o melhor tratamento visando proporcionar conforto e evitar sofrimento, não importando o tempo de vida restante do paciente.<sup>6,7</sup>

E o fisioterapeuta? Como lida e encara a morte?

Mesmo no avanço da profissão, e com a ampliação das áreas de atuação, pouco se menciona especificando a fisioterapia em Cuidados Paliativos. O fisioterapeuta é um dos profissionais de saúde que mais convive com o paciente, muitas vezes com períodos de cronicidade; e é no sentido

da cronicidade que muitas vezes o fisioterapeuta se vê atendendo em Cuidados Paliativos, fazendo-se necessário que esteja preparado para compreendê-lo e cuidá-lo em sua globalidade.<sup>8</sup>

Diante da escassez de pesquisas e discussões no que tange aos pacientes em estágio terminal, e especificamente, no campo da Fisioterapia, esta pesquisa também se faz necessário, pois os cursos de graduação raramente abordam as necessidades dos pacientes terminais, e tampouco, o tema morte. Neste ensejo, considerando que todos os profissionais da saúde estão sujeitos a se depararem com pacientes nesta situação, verifica-se que precisam de um preparo para lidar com situações de perda, morte, morrer e luto.<sup>9</sup>

Sendo assim, este estudo teve o objetivo de compreender como reagem à morte os fisioterapeutas que cuidam de pacientes oncológicos em fase terminal.

## **METODOLOGIA**

Para a realização da pesquisa, optou-se por um estudo qualitativo de caráter exploratório, com utilização de um roteiro de entrevista semi-estruturado.

Participaram da pesquisa quatro fisioterapeutas do Hospital Ophir Loyola, instituição referência no Estado do Pará para tratamento oncológico; os profissionais selecionados trabalhavam na equipe de cuidados paliativos, e para a realização desta pesquisa não foi estabelecido um número pré-determinado de colaboradores, pois realizou-se conforme o interesse e a disponibilidade dos mesmos, além da saturação dos dados.

Os critérios de inclusão na amostra foram: 1) Estar atuando como fisioterapeuta de cuidados paliativos na assistência aos pacientes idosos fora de possibilidades de cura há pelo menos dois anos; 2) Aceitar participar da pesquisa e estar de acordo com as condições descritas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As entrevistas foram realizadas em um ambiente cedido pela instituição, sendo este uma sala silenciosa e tranquila a fim de que os entrevistados ficassem à vontade. A coleta de dados ocorreu durante três semanas, onde cada entrevista individual foi realizada de acordo com a disponibilidade dos fisioterapeutas e da pesquisadora. Os relatos foram gravados, e posteriormente, transcritos na íntegra e analisados de acordo com a análise de conteúdo proposta por Minayo<sup>10</sup>. As categorias de análise surgiram a partir de temas emergentes.

A pesquisa foi aprovada pela Diretoria de Ensino e Pesquisa e pelo Comitê de Ética em Pesquisa, órgãos ligados ao Hospital Ophir Loyola e a Universidade Federal do Pará (CEP/ICS-UFGPA), respectivamente. Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido e foram respeitadas as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Visando garantir o anonimato dos participantes, seus nomes foram substituídos por pseudônimos baseados em nomes de planetas.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Dentre os quatro entrevistados, dois eram mulheres e dois eram homens, com tempo de atuação em cuidados paliativos com média de 3,75 anos, variando de 2 a 6 anos. Quando questionados sobre os setores em que atuavam, as respostas foram: clínica cirúrgica cardíaca e torácica, clínica de hematologia, clínica de Mastologia e ginecologia e visitas domiciliares.

As entrevistas realizadas originaram quatro categorias de análise referentes aos cuidados fisioterapêuticos de pacientes idosos em cuidados paliativos: Relação profissional-paciente: o processo de cuidar e suas dificuldades; Sentimentos e seus significados em relação ao processo de morte e morrer; O apoio encontrado na equipe multiprofissional; Tríade equipe de saúde - paciente – família: os desafios e as expectativas encontradas em relação ao futuro do paciente, como descrito a seguir.

### **Relação profissional-paciente: o processo de cuidar e suas dificuldades**

Cuidar de um paciente em fase terminal requer não somente o conhecimento técnico por parte do profissional, como também a sensibilização para lidar com as fragilidades físicas e emocionais que estão envolvidas no processo de finitude; ser terapeuta de um paciente que agoniza é nos conscientizar da singularidade de cada indivíduo e é também uma tomada de consciência de nossa própria finitude, de nosso conjunto limitado de dias<sup>11</sup>.

Trabalhar com pessoas que estão vivenciando o processo de finitude significa ser também capaz de vincular-se com o outro, de permanecer ao seu lado até o fim: enfrentando todas as etapas desta luta até mesmo diante da perda que se anuncia; é demonstrar ao doente que ele é um ser único e especial, e que o profissional está ali também para lhe escutar, lhe compreender, lhe fazer companhia, e quem sabe, até para não o julgar por temer a morte.

Mais que aplicar determinada técnica e utilizar determinado aparelho, trabalhar com cuidados paliativos significa se tornar responsável por todos aqueles a quem cativa, porque é somente o tempo que nos dedicamos àquela pessoa é que a torna única em nossas vidas, como podemos observar na fala a seguir:

*Depende muito: depende de quanto tempo eu investi naquele paciente, quanto tempo eu passei com ele, porque as vezes o médico já indica muito tardiamente, quando chego para avaliar e volto no outro dia, o paciente já não se encontra mais lá. E isso acaba interferindo no fato de que*

*eu não crio vínculos, mas à medida que você conhece um paciente logo que foi colocado nos cuidados paliativos, a gente acaba passando mais tempo com ele e vai criando um vínculo maior com esse paciente. – Marte*

Com a hospitalização, o paciente é submetido a um espaço estranho, a uma rotina diferente e a contatos com pessoas desconhecidas que vão cuidar dele e, com isso, ele pode tornar-se desconfiado, melancólico e algumas vezes hostil à abordagem médica. Logo, os vínculos servem à função de os manterem a salvo naquele novo mundo e é o que nos faz ser importantes e merecedores de seu carinho e sua confiança.<sup>12, 13</sup>

Marcucci<sup>6</sup> afirma que a impossibilidade de cura não significa a deterioração da relação profissional-paciente, mas sim o estreitamento da mesma, trazendo certamente benefícios para ambos os lados; podemos observar esse estreitamento nos relatos a seguir:

*A minha relação com o paciente ela não muda independente dele descobrir que é cuidados paliativos (...) mantenho o mesmo relacionamento e não deixo de falar, de me envolver, de conversar com o paciente, porque eu acho que esse momento é o momento que ele mais precisa da gente! – Vênus.*

*(...) nós devemos ter a melhor relação possível em termos de cuidados, que é a sensibilidade em relação a esse paciente, dando aquele suporte (...) e particularmente, eu tenho uma grande interatividade com esses pacientes. – Mercúrio.*

Araújo<sup>14</sup> afirma que ao manter o contato por meio do olhar, por exemplo, o profissional passa a mensagem silenciosa de que se importa não apenas com o que o paciente está falando, mas também com o que ele está sentindo e expressando. Preocupar-se com o paciente enquanto ser humano, com sentimentos e emoções e não apenas com um sintoma ou um órgão comprometido, facilita, assim, o cuidado integral, humanizado e holístico do mesmo.

Engana-se o profissional que pensa que dele o paciente somente espera a cura, ou que só ela serve; muitos doentes querem apenas ser acompanhados com amor, que para muitos é a mais profunda fonte de prazer, e se possível, sem dor até o fim de suas vidas. Logo, eles sentem-se muito bem ao ver que no final de sua jornada houve amor, dedicação e compromisso, e isso os ajuda a sentir que a vida valeu a pena e se sentem mais tranquilos para partir.<sup>15</sup>

### **Sentimentos e seus significados em relação ao processo de morte e morrer**

Mesmo que o fisioterapeuta tenha conseguido amenizar a dor emocional de seu paciente, tal fato não ameniza a tristeza que esses profissionais podem apresentar diante desse processo de morte e morrer:

*É doloroso pra gente, porque é um paciente que a gente se dedica muito achando que faz a nossa parte; claro que independente disso ele vai evoluir ou não, mas infelizmente a gente fica deprimido, porque a gente descobre que ele é um paciente de cuidados paliativos que infelizmente vai evoluir a óbito, ele não vai sair dali, não vai ter uma sobrevida maior que outros pacientes. – Vênus.*

Ao analisarmos esse relato, percebemos que até mesmo o profissional, que sabe que não há expectativa de uma mudança no quadro de saúde do doente, mantém a esperança de que se reverta à doença, que se descubra alguma saída, que esse paciente ganhe uma chance de sobrevida.

Pois, ao lidar com o paciente diariamente, todo profissional anseia por ver a melhora do mesmo; saber que seus esforços e empenho estão contribuindo para a recuperação daquela vida produz um misto de satisfação e orgulho pelo trabalho bem feito que esteja sendo realizado, mas quando o prognóstico do paciente se torna sombrio, o que antes era motivo de prazer e realização profissional torna-se motivo de culpa e tristeza por não conseguir obter a recuperação prevista, desejada e ansiada por todos.

Somente quando se deparam com o fato de que por mais que tentem eles não possuem o controle sobre o processo de vida e morte de seus pacientes, é que são obrigados a encarar o fato de não serem Deus e aí sucumbirem aos sentimentos de frustração pessoal, derrota e impotência diante do inevitável.

Talvez, mesmo na equipe de cuidados paliativos, cujo fim do paciente é do conhecimento de todos, a morte ainda é um desafio diário a ser combatido e vencido, porque ao se ganhar mais algumas horas, alguns dias, semanas ou meses de vida para o doente, equivale-se a adiar e enganar a morte por mais um tempo, e isso, inconscientemente, é uma maneira frágil de negar o desconhecido e incontrolável ato de morrer.

É como uma guerra invisível chegando ao fim: não é apenas uma batalha perdida, representa também as limitações que temos como profissionais e como ser humano. O sentimento de frustração, por vezes não pode ser evitado visto que mesmo sabendo que um dia o tão temido momento da partida iria chegar, a verdade é que ninguém quer que ele aconteça, ninguém de fato está preparado para deixar o morto partir:

*Eu te confesso que fico bem abalada emocionalmente! Porque a gente sabe que aquilo pode acontecer, mas digamos assim, ninguém quer, ninguém quer que aquilo chegue naquele momento! É muito triste. Quando a gente começa a trabalhar com isso, a gente se frustra, é frustrante, mas a gente tenta superar, tentar se fazer um pouco de forte pra que a gente não se abata, não comprometa a evolução dos outros pacientes. – Vênus.*

Por estes motivos o profissional de saúde prefere manter levantado seu escudo de proteção emocional, como forma de não se desequilibrar, de não se fragilizar diante da sociedade, e com o passar do tempo passa a encarar tal fato como normal. Podemos claramente observar através das falas a seguir:

*Atualmente, devido ao longo período de experiência que eu já tenho na área, é normal, pelo fato de eu não me envolver. Certo ponto eu chego a ser frio: não vou negar, que as vezes sentimos tristeza em relação a perda do paciente, mas não chega ser um desequilíbrio; a vida continua e amanhã já tô atendendo um novo paciente sem problema nenhum. – Mercúrio.*

*Acho que antes eu reagia até ficar mais sentido. Não que a pratica tenha me deixado ficar com o coração mais duro, mas acho que a gente começa a encarar de forma diferente e a ser mais passivo ou mais quieto pra poder não transparecer nossa fragilidade para os acompanhantes desse paciente que morreu. – Terra.*

### **O apoio encontrado na equipe multiprofissional**

Há uma urgência latente no desafio para cuidar das dores daqueles que se dedicam diariamente a cuidar do próximo; o profissional de saúde ainda é herdeiro da mitificação social e institucional criada ao seu redor sob a figura de um salvador, e é apenas diante das perdas que ele se reconhece como não sendo um ser onipotente como até então se iludia desde o percurso de sua formação. Porém, um fato intrigante que se estabeleceu com o passar dos anos, é que se nem mesmo as famílias dos pacientes podem vivenciar abertamente o seu estado de luto e pesar, como poderiam tais profissionais vivenciar os seus?

Porque as manifestações aparentes de luto e de dor, hoje em dia não inspiram mais a pena da sociedade e sim são encaradas como sinal de perturbação e repugnância, principalmente vinda dos profissionais. Afinal, destes esperam-se uma compostura racional necessária para lidar com tais situações e não que os mesmos não controlem suas emoções; anseia-se sim por uma postura mais humanizada, mas também esperam de deles uma frieza, um conhecimento técnico e uma capacidade para utiliza-los nos momentos certos.<sup>15</sup>.

Então, o que se deve esperar dos profissionais diante da morte?

Por causa de todos esses questionamentos, dúvidas, angústias e anseios que é necessário acolher este profissional que está sob estresse nos momentos finais da vida do paciente, e é para isto também que serve o importantíssimo trabalho da equipe multiprofissional, não só para cuidar do paciente e sua família, como também cuidar uns dos outros, de seus próprios integrantes; e a diferença de se trabalhar dentro deste contexto é facilmente percebida, conforme os relatos abaixo:

*Trabalho numa equipe com todo suporte emocional que é necessário, porque a gente precisa também. Não só eles, como a gente também! Então, a gente conversa muito com a psicóloga; a gente trabalha numa equipe onde a gente tem realmente a atuação da psicóloga que dá suporte pro paciente, e a gente consegue de uma forma ou de outra expor todos os sentimentos que a gente tem! E aí, cada um fala da sua parte, e a gente consegue, assim, trabalhar muito bem nesse sentido. – Vênus.*

*Talvez seja um fator que me faça ainda optar em estar nos cuidados paliativos, porque foi aqui que eu consegui ver a equipe multiprofissional funcionando. Eu vejo que sou escutado, eu partilho também minhas opiniões quando se precisa; e isso me agrada e é um dos motivos que me fazem ter satisfação de trabalhar lá. – Terra.*

Muitas vezes, nos esquecemos que a equipe não está imune ao estresse vivido pelos doentes, e devido ao fato deles terem de lidar com diversos casos diariamente faz-se necessário que os mesmos tenham um suporte psicológico e emocional dentro de seu ambiente de trabalho. Poder compartilhar as diferentes vivências com os demais colegas é de um caráter terapêutico único, pois nos mostra que não estamos sós nessa batalha que é encarar o fim da vida.

Falar, ouvir, chorar, apoiar uns aos outros permite que os profissionais saiam de suas redomas de isolamento e os ajudam a lidar com suas limitações pessoais e profissionais, a melhorar o cuidado com seus pacientes, a confrontar as dores alheias e se solidarizar com as mesmas, a construir espaços de acolhimento para esses cuidadores afim de que possam juntos enfrentar o medo de criar intimidade com a pessoa sob seus zelos.

Não é somente na graduação que se faz necessário legitimar e discutir sobre os assuntos de finitude da vida; no dia a dia das clínicas e dos hospitais a morte é vivenciada por etapas, que provocam grande vulnerabilidade a todos os envolvidos nesse processo e a solidão diante das dificuldades, de não saber confortar nem ficar ao lado do paciente à beira da morte e de não poder salvá-lo, chegam muitas vezes a provocar o adoecimento deste profissional, seja de caráter físico e/ou emocional.

Nesse momento, a insuficiência teórica alia-se a ausência de especialistas que o ajudem a enfrentar seus medos e preconceitos diante da morte e do morrer. Logo, é indispensável que se tenha um momento de trocas de experiências, de desabafos entre todos da equipe médica, para que o ato de “acostumar-se” com as doenças, com os sofrimentos e as mortes, venha significar a aprender lidar com as emoções e não apenas tentar inutilmente eliminá-las, permitindo, assim, que haja a diferenciação da dor do outro sem que para isso se corte o laço de identificação com o paciente.<sup>16</sup>



## **Triáde equipe de saúde - paciente – família: os desafios e as expectativas encontradas em relação ao futuro do paciente**

Coelho et al<sup>17</sup> preconiza humanizar o relacionamento do profissional de saúde com a família, a fim de que se estabeleça vínculo de confiança e zelo, evitando assim sentimentos de raiva ou desconfiança ao sanar as dúvidas dos familiares não deixando equívocos ou engano. Segue abaixo o relato:

*(...) sempre me recepcionaram, apesar da situação de cuidados paliativos, do paciente terminal... (...) me tratavam como uma pessoa assim, magnífica pra eles. Porque viam que eu dava aquele carinho, que dava aquele suporte, aquele conforto para aquele paciente (...) – Mercúrio.*

A família é a célula social, cuja formação individual deu início e constitui uma referência importante em toda vida, inclusive no final dela; por conta disso, é comum a reivindicação da presença de seus membros em situações positivas, que trazem alegria, e nas difíceis, quando o sofrimento parece requerer ser compartilhado. O câncer é a doença que mais faz sofrer a família devido aos seus importantes remanejamentos psicofamiliares, e por isso a família também deve ser tida como “doente” e assim ser acompanhada pela equipe médica.<sup>15, 18</sup>

É necessário que o profissional seja verdadeiro e sincero, fornecendo informações concretas e reais, para que as relações uns com os outros sejam de total confiança, tanto com o paciente quanto com seus familiares. Só quando esse vínculo é criado que se torna possível discutir e tomar determinadas ações a respeito do rumo do tratamento do enfermo, tal como ponderar sua transferência do hospital para sua residência se assim for de sua vontade e possível. Conforme podemos verificar no relato a seguir:

*(...) e a gente ver que eles se sentem bem melhor em casa, e eles tem uma maior abertura; são mais acessíveis quando estão em casa do que estão no ambiente hospitalar com esse profissional (...) na residência, ele meio que esquece esses problemas; aquela dor que existia dentro do hospital, é bem menor em casa... Por quê? Porque ele tem o cuidado da família, cuidado do cuidador; ele tá naquela residência, naquele castelo dele. – Mercúrio.*

Perceber a diferença do bem-estar do paciente nos diferentes ambientes é muito importante para o profissional e a família do doente, porque enquanto pudermos preservar a autonomia das tomadas de decisões dele, será melhor para o seu emocional. Há pessoas que se sentem mais seguras, que se esquecem dos problemas, das dores, quando retornam ao seu lar, a sua casa, apesar dos sintomas como dor, náuseas e vômitos ainda persistirem, o paciente por vezes prefere retornar a sua residência do que permanecer sob os cuidados do ambiente hospitalar, principalmente em se tratando de idosos.

Portanto, a equipe não pode deixar de se perguntar mesmo quando o paciente atingir o estágio final da doença, o que o doente deseja fazer nessas circunstâncias? E como podemos atuar? Porque nem sempre é tão simples ou possível resolver todos os problemas do paciente, sejam ele de ordem física, emocional, existencial ou espiritual, mas é importante para o doente perceber ao menos que suas vontades ainda são levadas em consideração pela família e pela equipe, que entendemos que nem sempre que o que achamos ser o melhor para ele é o que o paciente deseja para si.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao fim deste estudo, podemos considerar que trabalhar tão de perto com o processo de morte e morrer nos leva a reconhecer a importância da vida, seja enquanto profissionais, seja enquanto pessoas, mas também, nos leva a refletir que pesquisar e estudar o tema morte, dentro de uma sociedade, cuja falta de reflexões sobre a finitude e perdas humanas causam a sensação de inquietação a respeito da efemeridade da vida, é uma forma de se observar a angústia de quem está morrendo, de se compartilhar a dor inominável do ser enlutado, e assim, dar voz ao discernimento sobre o processo de finitude que parece estar tão distante do cotidiano, enquanto que na verdade seu som está apenas encoberto pelo silêncio que o medo do desconhecido e incontrolável ato de morrer provoca em nossas consciências humanas.

Não podemos nos esquecer que cuidar de um paciente em Cuidados Paliativos requer não somente o conhecimento técnico específico, como também a sensibilização para lidar com as fragilidades físicas e emocionais envolvidas neste processo. Para isso, as habilidades de comunicação são essenciais ao profissional de saúde que convive com o paciente, porque elas o permitem ter um melhor acesso a essa abordagem emocional e com isso criar um vínculo especial com o paciente.

Dentro da abordagem da fisioterapia é quase impossível não se vincular com o enfermo, pois o tempo de convivência, o toque e a escuta a eles cedidos auxiliam para que haja uma relação mais afetiva e calorosa com este paciente; é claro que ter um maior tempo de atendimento não é suficiente para indicar a existência de um vínculo criado entre o profissional e o doente, não podemos nos esquecer e refletir o quanto aquele profissional conhece e se deixou conhecer pelo paciente.

Porém, mesmo esperando-se uma postura mais humanizada por parte dos profissionais de saúde, a sociedade também exige silenciosamente que ele adote uma postura de frieza diante destes momentos de perda para que não abata ainda mais a família enlutada e os demais pacientes que ainda permanecem sob seus cuidados. Assim, o estado de luto e de dor é evitado pela maioria destes profissionais, que relutam em demonstrá-lo e senti-lo como forma de superar o mais rápido possível

esta perda, e por isso, muitos preferem manter levantado seu “escudo” de proteção emocional como forma de não se fragilizar diante da sociedade.

O problema está que no decorrer do tempo, tal muralha emocional passa a ser encarada como normal, podendo levar a equipe de saúde a não receber o suporte psicológico adequado e necessário para o seu ambiente de trabalho, por aparentarem lidarem bem com as perdas dos pacientes; logo seus estresses, medos, angústias e receios vivenciados não são compartilhados e reconhecidos pelos demais membros do hospital, podendo acarretar até mesmo em adoecimento para o corpo e para mente deste profissional.

Deseja-se que trabalhar com a finitude nos permita desnudarmos e expor-nos por completo as suas implicações, e com o avançar do tempo, possamos encarar o inevitável processo de morrer como o ato simples e natural que é, em vez de um fato medonho e fatídico, porque as perdas ocorrem de uma maneira ou de outra; o luto por morte é apenas um dos muitos eventos que enfrentamos ao longo da jornada que é a vida.

Portanto, muito embora o profissional fisioterapeuta seja preparado para reabilitar, restaurar e cuidar de vidas, ele é acima de tudo um profissional que preserva sonhos e desejos, procurando garantir o bem-estar físico, psíquico e emocional desde o nascimento até a morte, principalmente quando essa se torna inevitável.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil, Portal Brasil. Expectativa de vida no Brasil sobe para 75,5 anos em 2015. Disponível em <<http://www.brasil.gov.br/governo/2016/12/expectativa-de-vida-no-brasil-sobe-para-75-5-anos-em-2015>>. Acesso em: 27 de Fevereiro de 2017
2. Camarano, A.A; Kanso, S. Envelhecimento da População Brasileira – Uma Contribuição Demográfica. In: Freitas, E.V; Py, L. Tratado de Geriatria e Gerontologia [4ª ed.]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p.52-65.
3. Chaimowicz, F. Epidemiologia do Envelhecimento no Brasil. In: Freitas, E.V.; Py, L. Tratado de Geriatria e Gerontologia [4ª ed.]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 66-78.
4. Burlá, C; Azevedo, D.L; Py, L. Cuidados Paliativos. In: Freitas, E.V.; Py, L. Tratado de Geriatria e Gerontologia [4ª ed.]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 1198-1208.
5. Moura, A.V.P. Cuidados Paliativos Ser-Para-a-Morte: Reflexões sobre um Atendimento Psicológico [Dissertação]. Universidade Federal do Rio Grande do Norte: Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Natal, 104 p., 2012

6. Marcucci, F.C.I. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 51, n. 1, p.67-77, 2005.
7. Carreiro, A.S. A Atuação dos Terapeutas Ocupacionais na Área dos Cuidados Paliativos – Caracterização do Ensino nas Instituições de Ensino Superior do Brasil [TCC]. Universidade de Brasília: Faculdade de Ceilândia, 2013.
8. Cezario, E.P. O Fisioterapeuta diante dos Cuidados Paliativos e da Morte. In: Santos, F.S. São Paulo: Editora Atheneu, 2011. p. 443-452.
9. Müller, A.M. *et al.* Paciente Oncológico em Fase Terminal: Percepção e Abordagem do Fisioterapeuta. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 57, n. 2, p. 207-215, 2011.
10. Minayo M.C.S. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 6ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2004.
11. Kübler-ross, E. Sobre a Morte e o Morrer. 7ª ed. - São Paulo: Martins Fonte, 1996.
12. Paiva, L.E. O médico e sua relação com o paciente diante da morte. In: Santos, F.S. (Org.). Cuidados Paliativos: Discutindo a Vida, a Morte e o Morrer. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. p.77-87.
13. Parkes, C.M. Amor e Perdas: as raízes do luto e suas complicações. São Paulo: Summus, 2009.
14. Araújo, M.M.T; Silva, M.J.P. A Comunicação com o Paciente em Cuidados Paliativos: Valorizando a Alegria e o Otimismo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v.41, n.4, p.668-674, 2007.
15. Caixeta, M; Hanna, M.M. Problemas de Psicologia Médica Ligados às Especialidades. In: Caixeta, M. Psicologia Médica. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2005.
16. Silva, G; Ayres, J.R. Os Estudantes de Medicina e o Encontro com a Morte: Dilemas e Desafios. In: Franco, M.H.P. Formação e Rompimento de Vínculos: O Dilema das Perdas na Atualidade. São Paulo: Summus, 2010.
17. Coelho, A.F. *et al.* A importância do conhecimento do cuidado paliativo pelos docentes durante o curso de graduação em enfermagem. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 8, n.3, 2014.
18. Schmidt, T.C.G.; Parreira, J.A.R. Percepção dos enfermeiros docentes frente ao processo de morte e morrer. *Revista Enfermagem Brasil*, São Paulo, v.13, n.3, p. 163-172, 2014.