

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

FACULDADE DE MEDICINA

NATALIA FERNANDES MAFASSINI

**TANATOLOGIA: DESMISTIFICANDO A MORTE E O MORRER**

**CAPÍTULO 22: TERMINALIDADE DA VIDA INFANTIL**

MACEIÓ

2022

NATALIA FERNANDES MAFASSINI

TANATOLOGIA: DESMISTIFICANDO A MORTE E O MORRER

CAPÍTULO 22: TERMINALIDADE DA VIDA INFANTIL

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado a coordenação do curso de  
Medicina da Universidade Federal de  
Alagoas

Orientador: Gerson Odilon Pereira

MACEIÓ

2022

# TANATOLOGIA

Desmistificando a Morte e o Morrer

———— Gerson Odilon Pereira ————



sarvier

---

# TANATOLOGIA

DESMISTIFICANDO A  
MORTE E O MORRER

**TANATOLOGIA**  
DESMISTIFICANDO A MORTE E O MORRER

GERSON ODILON PEREIRA

**Capa**

Ana Carolina Vidal Xavier

**Foto capa**

Death and the miser. Oil painting by Frans II van Francken

**Fotolitos/Impressão/Acabamento**

Editora e Gráfica Santuário Aparecida

Fone: (12) 3104-2000

**Direitos Reservados**

Nenhuma parte pode ser duplicada ou reproduzida sem expressa autorização do Editor

**sarvier**

Sarvier Editora de Livros Médicos Ltda.  
Rua dos Chanés 320 – Indianópolis  
04087-031 – São Paulo – Brasil  
Telefone (11) 5093-6966  
sarvier@sarvier.com.br  
www.sarvier.com.br

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Pereira, Gerson Odilon

Tanatologia : desmistificando a morte e o morrer /  
Gerson Odilon Pereira. -- São Paulo : SARVIER, 2020.

ISBN 978-85-7378-274-5

1. Cuidados paliativos 2. Doentes em fase  
terminal – Cuidados 3. Morte – Aspectos filosóficos  
4. Morte – Aspectos morais e éticos 5. Morte –  
Aspectos psicológicos 6. Morte – Aspectos religiosos  
7. Morte – Causas 8. Tanatologia I. Título.

CDD-155.937

19-30764

-612.67

**Índices para catálogo sistemático:**

1. Tanatologia : Morte : Aspectos psicológicos  
155.937
  2. Tanatologia : Morte : Ciências médicas 612.67
- Cibele Maria Dias – Bibliotecária – CRB-8/9427

Sarvier, 1ª edição, 2020

## Terminalidade da Vida Infantil

Arthur de Oliveira Veras  
Natalia Fernandes Mafassini  
Wanderliza Laranjeira Coutinho

*“A vida é um piano. Teclas brancas representam a felicidade e as pretas, a angústia. Com o passar do tempo você percebe que as teclas pretas também fazem música.”*

A terminalidade e a morte, normalmente, geram impacto importante na vida do cuidador e na relação com o paciente. Quando se trata de terminalidade infantil, tal impacto pode ser amplificado dada a dificuldade maior de assimilar a finitude da vida ainda na fase infantojuvenil. Sendo assim, estratégias, ações e posturas facilitadoras da elaboração das perdas, consequentes do óbito de crianças, não são simples de serem realizadas, mas resultam do esforço para ressignificar a morte e as perdas cotidianas. Dessa forma, a criança terá um melhor cuidado se a ação paliativa for exercida por um cuidador equilibrado e resolvido em suas próprias questões de morte.

A Tanatologia é a investigação científica sobre a morte e o morrer, contemplando o ser humano nas suas relações com os outros e a condição de transitoriedade existente. Ciências da saúde física, mental e espiritual encontram na tanatologia instrumentos e manejos para sua atuação em condições-limite, de confronto e risco de morte e, especialmente, na administração de cuidados paliativos (FÄBER, 2013).

O cuidado paliativo administrado à criança tende a provocar maior dispêndio de energia. Uma explicação seria a existência da frustração devido à expectativa de que ela passasse por todas as fases do desenvolvimento humano. No processo de cuidados paliativos, a Tanatologia oferece apoio a pacientes e cuidadores, mas sua atuação não se restringe ao final da vida; a intervenção educativa e prévia produz resultados importantes nas resoluções das perdas e enfrentamento da morte e luto a longo prazo (CREMESP, 2008).

As relações interpessoais, afetivas e religiosas são privilegiadas no elenco das práticas paliativas indicadas pela Organização Mundial da Saúde. Isso mostra que, mesmo que a Medicina não tenha como oferecer cura, pode oferecer meios para que o paciente e sua família sejam adequadamente assistidos nesse momento, o que evidencia, por sua vez, um propósito básico da atividade médica – amenizar sofrimento (ESTEVES, 2008).

Refletir sobre a própria mortalidade faz com que os cuidadores possam oferecer cuidados de excelência. A empatia é uma competência que se adquire não pelo sentimento de piedade ao que sofre, mas pela noção da possibilidade de vir a acontecer consigo a realidade que o outro vive. Já aquele que ponderou sobre a provisoriedade da vida em seu curso terá um enfrentamento mais sereno desse período (ANCP, 2009).

Ainda que o paciente pediátrico tenha vivido pouco, ao longo desse tempo, pode se deparar com situações de medo, desamparo e sofrimento. Se essas situações forem vividas com esperança e se a criança receber suporte emocional, elas serão úteis para a preparação remota do enfrentamento da morte e do final de vida. Cuidador e paciente, ambos, necessitam de apoio durante a prestação de cuidados paliativos, pois, enquanto o paciente vive o luto de si mesmo, o cuidador reedita os próprios lutos.

De acordo com a Academia Americana de Pediatria (2000), um modelo integral de cuidado paliativo para crianças (CPP) deve incluir:

1. Respeito à dignidade dos pacientes e de seus familiares;
2. Acesso a um serviço competente e compassivo;
3. Serviço com suporte aos profissionais de saúde;
4. Melhora do suporte social e profissional para os Cuidados Paliativos em pediatria;
5. Melhora contínua dos Cuidados Paliativos em pediatria, através da pesquisa e educação.

Para que esse processo seja benéfico aos pacientes e cuidadores, algumas medidas são orientadas para a aceitação da morte. Podem ser elencadas medidas educativas e preventivas, e práticas de cuidado. Medidas educativas e preventivas incluem o incentivo de simpósios, jornadas e cursos sobre educação para a morte, gerenciamento das perdas, resignificação dos conflitos e temas afins, e colaboram para a aquisição e/ou manutenção do equilíbrio requerido do cuidador. Outra medida é dispor de uma equipe interdisciplinar, de acompanhamento e suporte, que ofereça encontros periódicos para discussão das realidades profissionais de cuidado (FÄBER, 2013).

Ademais, ainda que o doente terminal possa, esporadicamente, oferecer ao seu cuidador elementos de encorajamento, tornando o processo menos danoso, não se deve esperar tal comportamento. Tendo em vista que esse paciente já se submeteu a procedimentos desgastantes e dolorosos, o profissional deve assisti-lo consciente da necessidade de medidas especiais diante da morte e do morrer (CREMESP, 2008).

A Organização Mundial da Saúde define cuidados paliativos como a atuação em vista do alívio do sofrimento físico, psicossocial e espiritual do paciente e da sua família, o que inspira práticas, porém, em outros processos terapêuticos, não são encorajados com essa instância, como a indicação de proporcionar apoio espiritual. Não é por ser final que o cuidado deva contemplar a espiritualidade, mas porque o ser humano não se restringe ao aspecto somático (WHO, 2004).

A ruptura da totalidade e do equilíbrio, gerado pela doença, requer atenção de forma holística, pois, se o sofrimento no corpo recebe o nome de dor, à dor do espírito chamamos de sofrimento. Ambas devem ser cuidadas com igual atenção, sobretudo no processo de finitude. As indicações da OMS para o cuidado espiritual dos doentes terminais, especialmente quando este é uma criança, são específicas e preveem que o cuidador esteja equilibrado nesse aspecto da sua vida. Elas podem ser efetuadas através do apoio, aconselhamento, escuta e suporte emocional (WHO, 2004).

Discutir assuntos espirituais se o paciente quiser; para alguns pacientes, é melhor falar sobre o significado de sua vida, em vez de diretamente sobre a espiritualidade ou religião. Conversar com o conselheiro espiritual ou pastoral de acordo com a religião e a vontade do paciente, compartilhar crenças religiosas, orar juntos pode ser apropriado. A dimensão espiritual equilibrada proporciona condição de vida superior e aceitação da morte com maior serenidade, atenuando elementos estressores dessa fase (FÄBER, 2013).

Outra ferramenta importante é o tato, enfatizado pela puericultura como instrumento de conforto e amparo para o bem-estar infantil. Ausência de contato pode ser motivo de depressão, apatia e morte em bebês. Pegar no colo, afagar e fazer contato tátil são ações que podem ser a diferença entre a vida e a morte e, conseqüentemente, são úteis facilitadores do luto pela perda anunciada ou acontecida (ANCP, 2009).

A criança em fase terminal pode tornar-se incapacitada de desenvolver atividades e ficar totalmente dependente, contudo deve-se contar com a resiliência desse paciente. Sendo assim, o cuidador deve oferecer e acompanhar atividades que proporcionem o bem-estar geral a fim de mitigar riscos de um quadro depressivo (ESTEVES, 2008).

É importante manter a rotina do paciente tanto quanto possível, envolvendo-o no cotidiano familiar, inclusive permitindo que ele frequente a escola e a igreja, se sua condição permitir. Brincar, desenhar, jogar são atividades lúdicas que proporcionam bem-estar e interação com os irmãos e amigos, favorecendo o processo de aceitação e resolução do luto, antecipando-o. Além disso, destaca-se a importância da narração de histórias e sua capacidade de ressignificar acontecimentos e sugerir interpretações para a vida (FÄBER, 2013).

No momento da narrativa, a criança expressa o seu ser no mundo, a maneira como significa a história contada e como se relaciona com esse ambiente, sendo possível dessa forma intervir dentro de um setting terapêutico. Até o paciente mais debilitado pode ouvir histórias e recriá-las a partir de seu momento existencial. Promover sessões de leitura é expediente catártico para o paciente, os cuidadores e a comunidade que convive com o doente terminal (FÄBER, 2011).

Quando o paciente é uma criança, o senso de realidade dos que são próximos a ela tende a ser amortizado, cedendo à esperança de sobrevivência, mesmo quando esta é inexistente. Expediente útil para fortalecimento psíquico e emocional nessas situações-limite é a educação para a morte, que é alcançada por meio de um itinerário longo, processual e comprometido, por isso não deve ser iniciada quando o episódio terminal já está instalado, mas deve ser um condicionamento ativo e consciente realizado no confronto com as perdas que se apresentam no decurso da vida (ANCP, 2009).

No confronto com a terminalidade e cuidados paliativos, é essencial que se tenha a clareza de que a morte não é uma doença; a morte é uma dimensão da existência para a qual não há cura. A administração dos cuidados a doentes terminais deve contemplar o acompanhamento solidário com aquele que vive o limiar de sua vida e tem o direito a vivê-la até o fim com dignidade e sem sofrimento (ESTEVES, 2008).

Aplicando toda a técnica e atenção possível ao paciente, o luto é desencadeado e o processo é acionado a fim de não causar impacto desestruturante nos cuidadores e familiares que conviveram com a curva decrescente da fase terminal e foram tornando-se mais conscientes da proximidade da morte. Expedientes e agentes facilitadores do luto não impedem o sofrimento e nem tornam refratários os cuidadores, mas favorecem a resiliência e evitam que o contato com a morte devaste suas vidas e os impeça de continuar agindo em favor dos pacientes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Färber, SS. Tanatologia clínica e cuidados paliativos: facilitadores do luto oncológico pediátrico. *Cad. Saúde Colet.*, 2013, Rio de Janeiro, 21 (3): 267-71.
2. Esteves, ER. Tanatologia: vida e finitude. Informações gerais para os módulos: velhice e morte, Medicina e morte, cuidados paliativos e bioética – Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, 2008.
3. CREMESP- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo Cuidado Paliativo/Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: 2008.
4. World Health Organization. Palliative Care: symptom management and end-of-life care. Geneva: WHO; 2004. p. 45.
5. American Academy of Pediatrics. Committee on bioethics and Committee on Hospital Care. *Pediatrics* 2000; 106 (2): 351-7.
6. Färber M. Os contos de fada e o seu uso como recurso na prática do psicólogo infantil. *Anais do Salão de Pesquisa das Faculdades EST*. 2011. Set 14-16. São Leopoldo (RS), Brasil. p. 330-9.
7. Manual de cuidados paliativos/Academia Nacional de Cuidados Paliativos. – Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.