

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO TRATAMENTO DE PACIENTES TERMINAIS E SEUS FAMILIARES

Gláucia Regina Domingues, Karina de Oliveira Alves, Paulo Henrique Silva do Carmo, Simone da Silva Galvão, Solmar dos Santos Teixeira¹, Eduardo Ferreira Balduino²

RESUMO

A proximidade com a morte pode trazer angústias e minar a capacidade de uma pessoa suportar um diagnóstico irreversível. Este artigo bibliográfico tem como objetivo compreender como o psicólogo pode ajudar o paciente terminal e seus familiares a elaborar os sentimentos decorrentes dessa situação limite. Este estudo, resultado de leituras e reflexões acerca da atuação do psicólogo no tratamento de pacientes terminais, pautou-se pela seguinte problemática: Qual a importância de um profissional de psicologia em situações de luto iminente? Ao término desta investigação percebeu-se que ele é importante, pois atua 1. Na escuta profissional da família e do paciente terminal; 2. Na decifração de respostas do paciente aos familiares; 3. Na educação de expectativas; etc. Constata-se que a tarefa do psicólogo é a de acolhimento e humanização e que o método utilizado é a escuta e a fala que conduz o paciente e a família a novas percepções e sensações.

Palavras-chave: Cuidados paliativos, Pacientes terminais, Psicólogo hospitalar, Tanatologia.

THE ROLE OF THE PSYCHOLOGIST IN THE TREATMENT OF TERMINAL PATIENTS AND THEIR FAMILIES

ABSTRACT

Proximity to death can cause distress and undermine one's ability to bear the pressure of tolerating an irreversible diagnosis. The present work aims to shine light upon the way in which psychologists can help terminal patients and their families to cope with the feelings generated by such a delicate situation. This study, the mature fruit of readings and reflections on the role of the psychologist in the treatment of terminal patients, was oriented by the following question: What is the relevance of a psychology professional in situations of imminent grief? By the end of the research, the conclusion is arrived at that the psychologist is important because he or she: 1. engages in professional analysis of the terminal patient and the patient's family; 2. interprets the patient's communication to the family; 3. Communicates parameters for expectations; etc. It is understood that the chief task of the psychologist is to comfort the patients and their families and provide a humanizing element, by listening and speaking, in order to provide new insights and guide sentiments.

Keywords: Palliative care, Terminal patients, Hospital psychologist, Thanatology.

¹ Acadêmicos do 6º semestre de Psicologia do período noturno da Universidade de Cuiabá, campus Rondonópolis/Arnaldo Estevão.

² Docente da UNIC-RONDONÓPOLIS-MT (Grupo Kroton Educacional).

INTRODUÇÃO

Este artigo de revisão bibliográfica é resultado de leitura e reflexões sobre a atuação do psicólogo no tratamento de pacientes terminais e seus familiares. Para uma melhor compreensão a respeito do tema, mostrou-se necessária a retomada de alguns conceitos básicos, bem como a possibilidade de levantamento de algumas questões consideradas relevantes, como: que procedimentos realizar quando “já não há mais o que fazer”? Como garantir dignidade humana ao paciente terminal numa sociedade onde há grande valorização da vida e da cura em detrimento da morte? Sociedade onde o profissional de saúde, na maioria das vezes, é formado para curar doenças e salvar vidas. Se não há lugar para a morte, que lugar, então, ocupa aquele cuja expectativa de vida já não é tão longa? Em face da problemática evidenciada acima, ressalta-se que a diretriz que norteou a presente investigação consistiu nas seguintes questões de pesquisa: Qual a importância de um profissional de psicologia em situações de luto iminente? Como ajudar o paciente e seus familiares após o diagnóstico de doença terminal?

Nessa perspectiva, o interesse pelo tema surgiu da necessidade de compreender de que maneira o psicólogo pode atuar em situações de doenças terminais, aliviando o sofrimento, tanto do paciente, quanto dos seus familiares, principalmente porque a morte sempre foi vista como algo abominável, assustador e inaceitável.

É natural que surjam conflitos tanto na dificuldade de aceitação daquele estado terminal, bem como no tratamento de feridas emocionais não curadas, frustrações, arrependimentos, preocupações com projetos em andamento, dentre muitas outras razões que envolvam a vida, a doença e a morte, mesmo que o paciente seja uma pessoa emocionalmente forte.

Diante do supracitado, a presente pesquisa se justifica, pois aliviar o sofrimento humano é a preocupação primeira dos profissionais da psicologia, portanto, a busca por informações a respeito deste tema torna-se cada vez mais necessária, já que, infelizmente, muitos pacientes e seus familiares ainda perecem sem a ajuda de um profissional que possa auxiliá-los neste momento crucial de suas vidas. Provavelmente, porque pouco ainda se sabe sobre o papel do psicólogo em situações de enfermidades terminais, embora vários pesquisadores tenham se debruçado sobre o tema, trazendo contribuições valiosas, muitas das quais serviram de subsídio para a elaboração do presente artigo, dentre eles cita-se: Bifulco (2006); Figueiredo (2006); Hennezel (2004); Kübler-Ross (1985); Melo Filho (2010); dentre outros, que contribuíram significativamente para a elaboração deste estudo.

Conceito de paciente terminal

Pode ser considerado como paciente terminal aquela pessoa cujo estado de saúde está tão prejudicado que não há mais nenhum tratamento para a recuperação de seu bem-estar.

A doença não respondeu a nenhum tratamento convencional. A morte torna-se então inevitável, pois o quadro de saúde é irreversível (Gutierrez, 2001). O que resta a este paciente são cuidados que melhoram sua qualidade de vida enquanto se aproxima da morte, isto é, restam-lhe apenas os cuidados paliativos que poderão ser oferecidos pela equipe multidisciplinar e não mais os cuidados curativos.

O sofrimento do paciente terminal, bem como o das pessoas que o cercam, abrange os aspectos biopsicossociais. Este paciente necessita e é capaz de compreender que sua vida ainda não acabou na ocasião da notícia, ele ainda terá planos a realizar.

Tanatologia e cuidados paliativos

Ao tratar-se de pacientes terminais, faz-se necessário destacar a relevância da Tanatologia e dos Cuidados Paliativos.

Tanatologia é uma palavra de origem grega, onde *Thánatos* é o deus da morte e *logos*, ou seja, estudo, ciência – deste modo, é conceituada como o estudo da morte. Portanto, Tanatologia é uma área de conhecimento que envolve cuidados a pessoas que vivem processos de morte pela perda de pessoas significativas, processos de adoecimentos, em decorrência de comportamentos autodestrutivos, suicídios ou por causas externas, pela violência presente principalmente nos grandes centros urbanos (Kovács, 2008).

O estudo da morte como parte do processo de existir conduz ao fato de que, nesta existência, o indivíduo pode ser acometido por uma doença grave, crônica e fatal. O que fazer quando os recursos terapêuticos de cura se esgotam? Que rumos tomar quando “não há mais o que fazer”? Com o agravamento da doença e a instalação de um quadro de irreversibilidade, um tratamento doloroso e invasivo pode tornar-se, muitas vezes, degradante e, por conseguinte, desnecessário. Diante de tal situação, surgem os Cuidados Paliativos.

O termo “paliativo” deriva do latim *pallium*, que significa manto, capote. Dando a ideia de prover um manto para aquecer aquele que passa frio (Pessini&Bertachini, 2005). Essa é a essência de cuidados paliativos: aliviar dores e sintomas e cobrir de cuidados aqueles pacientes para quem a medicina já não oferece recursos curativos.

Conforme asseveram Bifulco e Iochida (2009), os Cuidados Paliativos são procedimentos feitos por todos os integrantes de uma equipe multiprofissional, que

oferecem uma opção de tratamento adequado a pacientes fora dos recursos terapêuticos de cura. Nessa perspectiva, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em conceito definido em 1990 e atualizado em 2002, afirma que:

Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (Inca, 2013).

Portanto, em Cuidados Paliativos, não há uma busca pela cura, mas sim, um acolhimento daquele que, diante da irreversibilidade de sua patologia, receberá um tratamento que preserve sua dignidade, mesmo diante da morte.

Para os doentes fora dos recursos terapêuticos de cura, a evolução natural é a morte. No entanto, nossa cultura ocidental, materialista, nega a existência da morte, ela é temida e lamentada e, frequentemente, adiada, valendo-se de métodos artificiais para a manutenção das chamadas “funções vitais”, quando, na realidade, o indivíduo já deixou de viver. A vida, ao contrário, é celebrada (Figueiredo, 2006).

Somos a civilização cuja vaidade afastou a morte, afirma Karnal (2013), numa bela reflexão sobre a vaidade humana. Numa sociedade onde a vida é tão exaltada, não há espaço para temas relacionados à morte e o morrer, embora isso seja parte do processo de existir. Profissionais da saúde são formados para salvar vidas e nas escolas de medicina e enfermagem nada se ensina sobre a morte, observa Figueiredo (2006).

Para um profissional da saúde formado para curar doenças e salvar vidas, a morte de um paciente pode ser interpretada como uma derrota profissional. Ao

perder um paciente, inconscientemente, o profissional da saúde se depara com a própria finitude (Bifulco&lochida, 2009).

No entanto, a morte existe e, apesar de todo avanço tecnológico, o homem não se tornou imortal. Todos são pacientes terminais, posto que a morte fará parte do cotidiano de cada um, em algum momento. Entender a morte e os sentimentos que a norteiam é fundamental para compreender as angústias daqueles que vivem seus momentos finais. Como auxiliá-los, sem que se compreenda isso? Quando a cura se torna impossível, todavia, há de existir recursos disponíveis nos seres humanos para realizar um trabalho, não de cura, porém, de cuidado, como observou Bifulco(2006).

Dizer que “não há mais nada o que fazer” é, no mínimo, uma frase infeliz, proferida por alguém que, certamente, desconhece a dimensão humana e sua subjetividade. Tratar o ser humano como “algo” que por “não ter mais conserto” deva ser “descartado”, desconsiderando as implicações que tal condição impõe sobre a sua vida e a dos seus familiares é desumano. Aquele que não viverá por muito mais tempo merece ser cuidado e ter uma “boa morte”, entendida aqui como uma morte digna, assistida, onde seus sintomas físicos sejam tratados e esse ser humano seja considerado em seus aspectos sociais, psicológicos e espirituais.

A equipe multidisciplinar

Cuidados Paliativos compreendem alívio da dor e controle dos sintomas, que devem começar desde o diagnóstico até a fase avançada da doença (Bifulco&lochida, 2009). Para essas mesmas autoras, atender às necessidades desses pacientes é humanizar o tratamento.

Mas como garantir humanização àquele ser fragilizado que se encontra ali numa situação limite, diante do inexorável da vida, a morte? Um ser que, além das dores físicas e das fragilidades orgânicas, traz dores na alma, resultante das diversas experiências vividas e, até mesmo, daquelas que deixou de viver e para as quais já não há mais tempo.

Muitos são os profissionais necessários aos cuidados com pacientes terminais, por esta razão, há que se pensar na formação de uma equipe multidisciplinar. Bifulco e Lochida (2009) citam uma equipe formada pelos seguintes profissionais: médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e o serviço administrativo (recepção, triagem, segurança e transporte). No entanto, muitos outros profissionais podem fazer parte da equipe, inclusive religiosos, uma vez que OMS prevê cuidado espiritual.

Em Aitken (2006) há referência ao trabalho de um capelão e sua equipe de capelania, a quem ela denomina assistentes espirituais. Para a autora, o apoio espiritual beneficiará o enfermo, bem como sua família e a equipe de saúde, que conviverá com situações de estresse tanto pessoal, quanto decorrentes das perdas de seus pacientes. Um atendimento espiritual diário e individual a todos, oportunidades de reflexão sobre as questões existenciais, perdão, vida eterna, qualidade e utilidade de vida.

Vale ressaltar que a espiritualidade não necessariamente está vinculada a uma religião instituída, portanto, caberá aos profissionais de Cuidados Paliativos atentarem para as demandas dos pacientes e seus familiares, respeitando as diferenças de credo e possibilitando sua livre expressão, caso haja desejo de assim procederem.

A família também terá papel importante, não apenas na questão da espiritualidade, mas em todas as demais questões relacionadas aos pacientes e seu tratamento. Se nessas unidades de Cuidados Paliativos, mais do que tratar de uma doença, trata-se da pessoa, como definiu Hennezel (2004), a família também deve ser tratada, uma vez que ela costuma adoecer nesse processo.

A partir do diagnóstico de uma doença potencialmente mortal, paciente e família se deparam com situações de rupturas, limitações e privações (Genezini, 2009), ademais, viver uma situação de luto antecipado gera angústias e ambivalências de sentimentos, tanto do enfermo quanto da família. Podemos dizer que a morte lança uma sombra assustadora sobre nós porque somos completamente impotentes diante dela (Soavinsky, 2009).

É nesse cenário de dores e angústias que atua a equipe multidisciplinar. A essa equipe, formada por profissionais das mais diversas especialidades, não basta apenas o conhecimento técnico ou científico, é necessário sintonia, um ajudando o outro e todos ajudando os enfermos, seja ele o paciente, o seu familiar ou ainda, o seu cuidador.

É necessário lembrar que os cuidados paliativos não ocorrem somente no ambiente hospitalar. Muitas vezes pode ser possível, e até recomendável, que o paciente seja levado para o seu lar, não obstante, familiares e cuidadores devem ser preparados para isso.

Em casa, o paciente poderá ter uma qualidade de vida melhor. Cercado de carinho e atenção, terá tempo de se despedir dos seus queridos, longe da assepsia fria de um hospital, onde experimentaria a solidão: um dos medos primitivos do ser humano (Soavinsky, 2009). Mas, mesmo em domicílio, o paciente deverá

estar vinculado a uma equipe multidisciplinar, que lhe dispensará atenção na medida de suas necessidades.

Numa equipe multidisciplinar, o psicólogo poderá atuar como mediador tanto nas relações entre os profissionais da equipe, quanto nas relações da equipe com os pacientes - relações estas que nem sempre serão harmoniosas num primeiro momento, dada toda a carga emocional presente na revelação de um diagnóstico trágico. A presença desse profissional poderá ser decisiva na resolução de conflitos existenciais que, possivelmente, eclodirão nessa situação de terminalidade imposta pela doença.

A importância de uma equipe multidisciplinar apoia-se no desejo de que a pessoa tenha uma morte natural e humanizada, sem que o paciente fique sozinho ou, ainda, ligado a uma parafernália de equipamentos que atrapalhem a sua morte (Soavinsky, 2009).

A compreensão de que a vida é finita e que a morte é parte desse processo poderá ser uma experiência libertadora, tanto para pacientes quanto para profissionais da saúde. A certeza da finitude da vida talvez traga a consciência de que nem toda doença pode ser curada. Não obstante, todo ser humano pode ser cuidado, até a morte, por outro ser humano.

Revelação do diagnóstico

As dificuldades que os profissionais encontram na hora de informar o diagnóstico da doença ao paciente são muitas. O médico muitas vezes não sabe como proceder, fica preocupado e inseguro perante o paciente. Certamente a pessoa encarregada de dar a notícia deverá ter muita cautela, pois dependendo da

forma como a notícia chegará a este paciente, poderá ter grandes alterações no suposto tratamento.

Na maioria das vezes, o paciente finge não saber de sua doença, mas percebe, observando ao seu redor, algo que não está normal, como: mudanças nas pessoas da família, no médico, pois todos à sua volta começam a falar baixo, mudam a maneira de olhar para o doente, percebe que as pessoas próximas estão muito emotivas, demonstrando certa piedade para com ele.

De acordo com Kübler-Ross, (1996), quando o médico esclarece sobre o diagnóstico da doença terminal, o paciente se sente mais seguro, verá que não está sozinho, que seu médico está ali para ajudá-lo, que vão juntos enfrentar o que vier pela frente, que não é um diagnóstico que vai travar o tratamento que pretendem realizar com ele e com a família.

De acordo com Stedeford (1986), não devemos desacreditar na capacidade que o paciente terminal tem em realizar e organizar tarefas importantes antes de partir. Deixar resolvidos assuntos sobre finanças, preferência na hora do sepultamento, como se sentiria se soubesse que o seu cônjuge se casaria novamente e como o seu parceiro sobreviverá após a sua morte são questões cruciais para que o paciente sinta-se aliviado e menos culpado, tornando seu sofrimento menos angustiante.

No entanto, para que tal capacidade seja despertada, é necessário contar com o apoio de um profissional da psicologia. É ele quem poderá usar de seus conhecimentos e habilidades profissionais e intervir, junto ao paciente e sua família, buscando a reestruturação emocional, diante de uma situação de perdas e luto iminente.

Estágios psicológicos diante da morte iminente

Segundo Kübler-Ross(1969), a negação em geral é o primeiro estágio de um processo psíquico que ocorre em doentes terminais, uma forma de mecanismo de defesa temporário do ego contra a dor psíquica diante da morte. A intensidade e duração dessa fase dependem de como o paciente e as outras pessoas ao seu redor são capazes de lidar com a dor, pois esse período não dura por muito tempo.

A raiva segue no segundo estágio (frustração), pelo motivo do ego não manter a negação e o isolamento, os relacionamentos se tornam hostis pela consciência da morte iminente. Nesse estágio é necessária a compreensão dos demais para apoio e auxílio na transição dessa fase, entendendo que a angústia do doente se converte em raiva, pois a pessoa se sente interrompida em suas atividades cotidianas.

Devem-se evitar os julgamentos em relação ao comportamento do paciente, mesmo que isso dificulte o tratamento, pois sempre há duas facetas, isto é, dois lados. Atrás de uma atitude negativa do paciente, sempre há um motivo ou razão positiva que justifique o ato. Pelo simples fato do doente expressar uma exteriorização de seus sentimentos, isso funciona como uma válvula de escape emocional, produzindo uma sensação de alívio para o mesmo.

Havendo deixado de lado a Negação e o Isolamento, “percebendo” que a raiva também não resolveu, a pessoa entra no terceiro estágio, “a barganha”. A maioria dessas barganhas é feita com Deus e, normalmente, mantidas em segredo. A pessoa implora, geralmente a Deus, para que aceite sua “oferta” em troca da vida, como por exemplo, sua promessa de uma vida dedicada ao dogma, aos pobres, à caridade. Na realidade, a barganha é uma tentativa de adiamento. Nessa fase o paciente se mantém sereno, reflexivo e dócil. A fase da depressão ocorre quando o doente toma consciência de seu estado frágil e debilitado e já não tem mais como

negar sua condição de doente terminal. Surge um sentimento de grande perda, a dor e o sofrimento psíquico são quem vai assumindo o quadro clínico mais típico com características depressivas.

Tristeza, choro e a sensação de inutilidade dominam o paciente e o ambiente que o envolve. Quando há uma consciência e uma estabilidade emocional do doente, considera-se que ele está na fase da aceitação. Paz e dignidade são priorizadas nesse estágio, pois o doente encara a realidade com mais serenidade e enfrentamento, que tem como característica a alternância da postura de luta para o luto em relação à doença.

As fases psicológicas na doença terminal não seguem uma ordem pré-estabelecida, considera-se a individualidade subjetiva. É normal que o doente mantenha a esperança em qualquer das situações, mesmo quando racionalmente ela não exista, ele a inventará.

Discutir sobre a morte é tão urgente quanto viver. Faz-se necessário criar espaços nos quais se possa encontrar solidariedade e a ajuda para enfrentar a própria morte ou a de uma pessoa significativa.

Despersonalização do paciente

No ambiente hospitalar o paciente torna-se a doença e deixa de ter seu próprio nome, passa a ser alguém portador de uma determinada patologia, criando assim, o estigma do doente-paciente, até no mesmo sentido de sua própria passividade perante novos fatos e perspectivas existenciais, o simples fato da pessoa se tornar “hospitalizada” faz com que adquira os signos que irão enquadrá-la em uma nova performance de existência. Tudo e qualquer procedimento ou

intervenção para o seu tratamento pode ser visto como invasivo e afrontando a sua dignidade (Trucharte, Knijnik, Sebastiani & Camon, 2010).

Hennezel (2004), relatando sua experiência com pacientes terminais, narrou que um deles se queixou do atendimento em hospitais onde eram tratados pelo número do leito, seguido pelo nome da sua patologia. Considerava insuportável quando médicos chegavam em seus quartos, discutindo sobre o tratamento como se o paciente ali não estivesse. O que queriam saber, perguntavam às enfermeiras, sem demonstrar um único gesto de humanidade, como por exemplo, sentar-se ao lado do paciente e perguntar: “como você estava vivendo?”.

Um paciente, ao chegar numa unidade de tratamentos paliativos, muito mais do que tratar uma doença, deseja ser tratado como pessoa. Já não espera muito da medicina, espera muito mais das pessoas e nos seus cuidados atenciosos (Hennezel, 2004).

O papel do psicólogo no atendimento a pacientes terminais

Diante de tantos fatores que envolvem a experiência de um paciente em quadro terminal, faz-se necessária a atuação de um profissional junto à clínica médica, capaz de facilitar superação e alívio de ordem psicológica e emocional. O trabalho de um psicólogo tornou-se imprescindível nos hospitais, dada sua sensibilidade e capacidade em lidar com questões tão desconsideradas por outros profissionais da saúde.

Para tanto, o psicólogo não pode, e nem conseguiria sozinho, desempenhar bem seu papel de facilitador e promotor de saúde mental. Conforme salienta Londero (2006), o tratamento em Cuidados Paliativos deve contar com uma equipe multiprofissional que trabalhará com o foco de promover um equilíbrio geral para o

doente, sem buscar pela cura, no entanto, oferecendo-lhe uma melhor qualidade dessa vida.

Como integrante de uma equipe multiprofissional, o psicólogo terá diversas e minuciosas formas de atuar, especialmente em casos de pacientes em situação de luto iminente. Seu trabalho deve levar em conta vários aspectos, como: a instituição, a equipe multiprofissional, o paciente e sua doença, bem como a família deste. Esses aspectos nortearão e delimitarão suas ações enquanto profissional.

Segundo Simonetti (2011), a psicologia hospitalar é o campo de atendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento, onde seu objetivo é a subjetividade. Ele explica que diante de todas as implicações oriundas do estado patológico de um paciente, sua subjetividade é sacudida. É neste momento que o psicólogo hospitalar entra em cena oferecendo algo que os outros profissionais da saúde não puderam dar: atenção e escuta a suas aflições. A psicologia se interessa em dar voz à subjetividade do paciente, restituindo-lhe o lugar de sujeito que a medicina lhe afasta (Moretto, 2001, citado por Simonetti, 2011).

O campo de trabalho do psicólogo são as palavras e a observação. Ele fala, escuta e observa. Escuta ainda mais do que fala. Não é algo tão simples, pois o ato de escutar, falar e também captar signos com valor de palavras pode levar o paciente a mudanças em seu quadro de bem estar. Como assevera Simonetti (2011), a psicologia hospitalar trata do adoecimento no registro do simbólico, pois a medicina já trata no registro do real.

No que concerne à liberdade e ao dever de exercer seu papel frente ao doente e as fronteiras estabelecidas pelas instituições de saúde, o psicólogo, ao entrar em contato com o paciente, há de levar em consideração duas situações bem colocadas por Simonetti (2011): se houve uma solicitação de atendimento ou uma

demanda de atendimento. Uma solicitação é feita por qualquer pessoa (inclusive o paciente) diante do quadro apresentado pelo paciente. Já a demanda se trata mais de um estado de incômodo ou questionamento acerca de como está vivenciando sua situação. Esta demanda só pode partir do doente, como questionamento acerca de suas atitudes. Sendo assim, o essencial é que haja demanda para que o tratamento flua, mas isso não quer dizer que o psicólogo não possa iniciar o trabalho apenas com a solicitação de atendimento, pois com o tempo poderá surgir a demanda.

O primeiro dos trabalhos do psicólogo no atendimento hospitalar é entender que é necessário uma boa identificação entre ele e seus pacientes. Não é demais conferir bem o nome com o número do leito no início da consulta e depois buscar mais dados que o levem a conhecer melhor o paciente. Cabe ao psicólogo também apresentar-se ao doente a cada novo dia, a fim de evitar confusões.

Quanto ao agir do psicólogo no *setting* terapêutico, Simonetti (2011) salienta que como a estratégia terapêutica da psicologia hospitalar é levar o paciente rumo à palavra, este profissional deve buscar seguir algumas estratégias e técnicas, propiciadas por um jeito de pensar que orienta o agir terapêutico, apontando a direção do tratamento. Essas estratégias e técnicas não devem ser compreendidas como uma receita rígida, mas que devem ser adequadas a cada situação clínica.

Com o paciente fora de recursos terapêuticos de cura, que é o caso que estamos analisando, o que deve orientar o trabalho do psicólogo é o desejo do paciente e não a possibilidade de vida. Tratar do desejo, e não do prognóstico.

A medicina paliativa diz que há muito o que fazer pelo paciente, quando já não há mais nada a fazer pela cura. Aqui a participação do psicólogo hospitalar é imprescindível. Esse profissional deve ajudar o paciente na busca de mecanismos

de enfrentamento que o ajudarão a manter sua autoestima e estabilidade diante do quadro patológico, jamais se esquecendo de que religião e espiritualidade são aspectos importantes para o paciente e seus familiares (Simonetti, 2011).

Não raro, há casos em que o psicólogo atua no atendimento a muitos profissionais da saúde que lidam com a medicina paliativa. Por isso faz-se necessário que o terapeuta busque conhecer sobre as tarefas desempenhadas por esses profissionais para o trato com o paciente terminal.

Tanto quanto para o paciente terminal, é importante direcionar, como num trabalho conjunto, o trabalho terapêutico para a família desse paciente. Como afirma Simonetti (2011, p. 141):

Quando o paciente entra na fase terminal, a família inteira se torna o foco mais adequado para os cuidados dos profissionais de saúde, seja porque as dificuldades psicológicas surgirão não apenas no paciente, mas em vários membros da família, seja porque é da família que brotarão as forças necessárias à superação dessa situação.

Tanto antes como no momento da morte do paciente o trabalho do psicólogo é voltado para ele e também para a família, porém, quando o paciente morre, os trabalhos serão voltados para a família, em prol do restabelecimento do equilíbrio familiar, agora sem um integrante.

Com vista nos vários momentos em que tanto o paciente terminal quanto sua família vivenciam um quadro terminal é que apresentaremos sucintamente algumas práticas do trabalho de intervenção do psicólogo juntamente com a família em algumas instâncias.

Fases de intervenção

Como retratam Oliveira, Luginger, Bernado e Brito (2004), é importante ter em mente organizar o processo de intervenção em três momentos: antes, no momento e após a morte do paciente.

Quanto à intervenção antes da morte, é relevante comunicar e informar ao paciente sobre sua doença e atuação de medicações e tratamento, para que transtornos físicos e emocionais sejam evitados. É desejável que o terapeuta tenha conhecimento da forma de comunicabilidade da família para com o paciente em relação ao seu estado e sua doença.

O terapeuta deve ainda instruir a família a ser moderada ao expressar seus conteúdos, dentro do padrão de recepção usual da família. O terapeuta também deve trabalhar para estimular a empatia entre a família para que a expressão de sentimentos e pensamentos possa possibilitar a resolução de problemas não resolvidos, bem como uma despedida mais confortante do paciente (Oliveira *et al.*, 2004).

Faz-se necessária a antecipação de sofrimentos e negócios não terminados, nestecaso o profissional psicólogo deve encorajar o processo de sofrimento antecipatório no intuito de promover respostas que possam amenizá-lo.

Destaca-se ainda a intervenção da terapia clínica e da educação clínica e apoio – é preciso que o profissional tenha conhecimento de processo de sofrimento antecipatório, experiência da morte de um familiar, teoria dos sistemas relativos à família, reações das crianças à morte e problemas da doença em geral e em particular neste familiar.

Todas essas ações, entre muitas outras, visam proporcionar saúde mental para os envolvidos neste processo que demarca tanto desgaste, dor e sofrimento.

Na intervenção no momento da morte, é necessário considerar que o contexto de um paciente com doença terminal traz, em certa altura, um cansaço e desgaste muito acentuado, tanto para os familiares quanto para o próprio paciente. A proximidade da morte é um momento que envolve muito receio de ambas as partes. Nesta hora, o terapeuta terá de trabalhar em prol de ajudar a família, promovendo discussões sobre os desejos do paciente para depois de sua morte.

O psicólogo também desempenhará a função de orientar a família sobre a importância de sua presença nos momentos finais do paciente, mesmo em caso de coma. Como ressaltam Oliveira *et al.* (2004), pode ser relevante para alguns familiares estarem presentes num momento tão crucial, dada a possibilidade de sentimentos de culpa. É importante também dar liberdade para a família estar sozinha junto ao corpo e poder tocar, falar e sofrer a morte do familiar querido, pois isso proporciona um sofrimento adequado e sadio, sem a perspectiva de transtornos psicológicos futuros. É interessante que o psicólogo esteja com a família nesses momentos difíceis, assistindo a família no ato da notificação da morte e oferecendo auxílio nas questões funerárias e cerimoniais. Como salientam Oliveira *et al.* (2004), as ações do psicólogo serão para viabilizar a expressão de sentimentos e a vivência perante o luto.

Para os familiares do paciente que acaba de falecer, os momentos que sucedem ao período de sepultamento são tomados geralmente por sentimentos de dor, perda, solidão, culpa, entre outros. Este é o momento, como afirmam Oliveira *et al.* (2004), em que o profissional deve comparecer oferecendo apoio e trabalhando para promoção de saúde mental.

Golderf(1932, citado porOliveira *et al.*, 2004) coloca que são tarefas imprescindíveis à família permitir o luto, abdicar da memória do falecido, reorganizar

papéis intra e interfamiliares. Para o cumprimento dessas tarefas designadas à família, é de suma importância o acompanhamento e intervenção do terapeuta, que fornecerá orientações em cada momento. A família encontrará dificuldades diante da tarefa de realinhamento estrutural familiar e re colocação de papéis, por isso é necessário o trabalho do psicólogo, para ajudá-la na busca pelo equilíbrio.

O local de atendimento e horário de atendimento

Um psicólogo não precisa de um ambiente determinado e separado para operar sua profissão dentro de um ambiente hospitalar, até mesmo porque se trata de um tipo de ambiente que dificilmente favorece a atividade psicoterapêutica em termos de espaço físico. Como ressalva Moretto (2001, citado por Simonetti, 2011), o *setting* não pode ser tratado como um espaço real, porque ele é virtual e psíquico, sendo ainda um artifício, uma construção para que a análise se dê. O que mais importa é que o psicólogo esteja disposto a prestar atendimento àquele que necessita e queira falar.

Neste espaço, por vezes, haverá necessidade de se atender a um paciente em horários tumultuados do dia, o ideal é que o psicólogo opte pelo atendimento no final da tarde. Isso porque, como diz Simonetti (2011), na rotina hospitalar é o momento mais tranquilo do dia. Não há como se delimitar um tempo para cada atendimento psicológico hospitalar. Cada encontro acontece em tempo irregular. Isso porque existem variáveis que podem interferir no momento da consulta como, por exemplo, as condições clínicas do paciente e também procedimentos médicos que são realizados durante o encontro (Simonetti, 2011).

CONCLUSÃO

O paciente que se encontra fora dos recursos terapêuticos de cura tem diante de si uma situação de medo, angústia e muita insegurança. Há uma nova situação imposta, com a qual terá que lidar, a despeito de tudo.

Nos achados desta pesquisa desenvolvida em torno de um assunto tão relevante, que permeia a vida de todos, uma vez que o morrer faz parte do processo da existência, constatamos que o psicólogo desempenha papel fundamental no amparo àqueles que se encontram numa situação de perda importante em suas vidas, bem como vivem a expectativa de um luto próximo e inevitável.

Ao psicólogo cabem vários papéis que serão importantes na vida do paciente, da sua família, bem como da equipe na qual trabalha. Utilizando-se dos recursos mais importante de que dispõe - a escuta, ele poderá dar vez e voz aos pacientes e seus familiares fazendo com que se sintam amparados e compreendidos. Agindo como mediador entre a família e o paciente, o psicólogo poderá orientá-los na reorganização de suas vidas, que apesar da proximidade com a morte, poderá ser desfrutada revendo amigos, reatando laços esquecidos, perdendo e pedindo perdão. Isso pode ser libertador, tanto para quem vai partir, quanto para quem ainda vai ficar.

O psicólogo é o profissional mais indicado para captar desejos, inibições, ouvir a voz da alma, mesmo quando a pessoa está em silêncio. Muitas vezes é preciso decifrar perguntas e respostas do paciente à família ou a qualquer outra pessoa, inclusive a membros da equipe.

Orientar a família a respeito dos altos e baixos que serão vividos pelo paciente, bem como oferecer a ela um suporte necessário para que se fortaleça e possa manter-se ao lado do seu ente querido facilitará na conciliação de sentimentos intensos e comuns nesse tipo de situação.

A certeza de estar amparado, durante suas crises de angústias, bem como o fato de contar com alguém que, estando ao seu lado, o escuta e compreende, não emitindo nenhum juízo de valor, mas que, ao contrário disso, considera importante todas as suas queixas e dores, e ainda consegue fazer com que a pessoa dê a tudo aquilo que expressa um significado para a sua existência, certamente contribui para que, uma vez tratadas suas demandas, ela consiga, com mais tranquilidade, aceitar a morte. Podendo, a partir disso, debater e discutir sobre o que gostaria que fosse feito após a sua partida, em relação à sua família e também sobre o que gostaria de decidir sobre suas preferências sobre tipo e local para sua morte e sepultamento. Discutir sobre a morte nos conduz ao valor da vida, ainda que seja, apenas, a um pedacinho dela.

Concluimos que este é o papel do psicólogo, fazer com que alguém que, num momento de perda e dores intensas, imagina que já não encontrará razões para existir, encontre essas razões e as encontre dentro de si mesmo, expressando as dores do seu corpo e de sua alma, reatando laços e desfazendo nós. Sentindo que, para além de um corpo doente e que já não responde aos tratamentos, há um ser que ainda existe em sua subjetividade e continuará existindo no coração daqueles que o amam. Morrerá em paz aquele que conseguiu se reconciliar com a vida.

REFERÊNCIAS

Aitken, E. V. P. (2006). *Entre a vida e a morte*. In: Figueiredo, M. T. A. (Org.). Coletânea de textos sobre cuidados paliativos e tanatologia. São Paulo, p.21-23. Acesso em: 12 out. 2012: <http://www.ufpel.tche.br/medicina/bioetica/cuidadospaliativosetanatologia>.

Bifulco, V. A. (2006). *Psicologia da morte*. In: Lopes, A. C. Diagnóstico e tratamento. Barueri, SP: Manole, v.2, p. 302-306. Acesso em 30 out. 2012: <http://www.eventos.med.br/tanatologia/2/textos/psicologiada morte.pdf>.

Bifulco, V. A.; Iochida, L. C. (2009). A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura. *Revista Brasileira de Educação Médica* (online). São Paulo, v. 33, n. 1, p. 92-200. Acesso em 24 out. 2012: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022009000100013&lng=en&nrm=iso.

Figueiredo, M. T. A. (2006). *A dor no doente fora dos recursos de cura e seu controle por equipe multidisciplinar (hospice)*. In: _____. (Org.). Coletânea de textos sobre cuidados paliativos e tanatologia, São Paulo, p.43. Acesso em 12 out. 2012: <http://www.ufpel.tche.br/medicina/bioetica/cuidadospaliativosetanatologia>.

Genezini, D.(2009). *Assistência ao luto*. In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos, Rio de Janeiro: Diagraphic, p. 321. Acesso em 29 out. 2012: <http://www.nhu.ufms.br/Bioetica/Textos/Morte%20e%20o%20Morrer/MANUAL%20E%20CUIDADOS%20PALIATIVOS.pdf>.

Gutierrez, P. L. (2001). À beira do leito. *Rev. Assoc. Med. Bras.* vol.47 no. 2 São Paulo April/June. Acesso em 03 out. 2012: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302001000200010>.

Henezel, M.(2004). *A morte íntima: aqueles que vão morrer nos ensinam a viver*. (Sá O. A. Trad.) SP: Ideias e Letras.

Instituto Nacional do Câncer (2013). *Cuidados Paliativos*. Rio de Janeiro, Portal do INCA. Acesso em 30 nov. 2012: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=474.

Karnal, L. (2013). *O mal primordial: o orgulho nosso de cada dia*. In: Ciclo de Palestras sobre o tema: Os velhos e novos pecados. Campinas, CPFL Cultura. Acesso em 8 nov. 2012: <http://www.cpflcultura.com.br/?s=leandro+karnal>.

Kovács, M. J. (2008). Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v.18, n. 41, set/dez/2008. Acesso em 26 nov. 2012: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103863X2008000300004&lng=en&nrm=iso.

Kübler-Ross, E. (1985). *Sobre a morte e o morrer*. (2a ed.) São Paulo. Martins Fontes.

Mello Filho, J.;Burd, M. (2010). *Psicossomática hoje*. (2a ed.). Artmed.

Oliveira, M. F. Luginer S.; Bernado, A.; Brito M.(2004). *Morte – intervenção psicológica junto da família do paciente terminal*. Trabalho de Licenciatura. Acesso em 10 out. 2012: <http://www.ufpel.tche.br/medicina/bioetica/IntervencaoPsicologicaJuntoaFamiliadoPacienteTerminal.pdf>.

Pessini, L.&Bertachini, L. (2005). *Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, gerontologia, comunicação e espiritualidade*. *O mundo da saúde*, São Paulo, v.29, n.4, out/dez. Acesso em 18 mai. 2012: http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundosaude/32/03_Novas20perspectivas20cuida.pdf.

Simonetti, A. (2011). *Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença*. (6aed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Stedeford, A. (1986). *Encarando a morte: uma abordagem ao relacionamento com o paciente terminal* - Porto Alegre: Artes Médicas, 168p.

Soavinsky, M. A. (2009). *Morrer com dignidade*. In: Encontro de Bioética do Paraná – Bioética início da vida em foco. Curitiba. Anais eletrônicos. Curitiba: Champagnat. Acesso em 12 out. 2012: <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/BIOETIOCA?dd1=3315&dd99=pdf>.

Trucharte, F. A. R.; Knijnik, R. B.; Sebastiani, R. W. Camon, V. A. A. (org).(2010). *Psicologia Hospitalar: teoria e prática*. (2a ed.). Revista e ampliada, 120p.

CONTATO

E-mail: glauciadom@bol.com.br